



CLINIQUE MÉDICALE.

IMPRIMERIE DE Ve THUAU,
RUE DU CLOÎTRE-SAINT-BENOÎT, N° 4.

CLINIQUE MÉDICALE,

OU

CHOIX D'OBSERVATIONS

RECUEILLIES

A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

(*CLINIQUE DE M. LERMINIER*)

PAR G. ANDRAL,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Titulaire de l'Académie royale de Médecine, membre des Sociétés de Médecine de Bogota, d'Édimbourg, de Liége, de Naples, de la Nouvelle-Orléans, médecin de l'hôpital de la Pitié, médecin consultant du roi, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

DEUXIÈME ÉDITION, REVUE, CORRIGÉE ET AUGMENTÉE.

TOME V.

MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

> Nulla est alliæ pro certo noscendi via nisi quàm plurimas et morborum et dissectionum historias, tùm aliorum, tùm proprias, collectas habere, et inter se comparare.
>
> MORGAGNI, *De Sed. et Caus. morb.*, lib. IV, proœm.

Paris,

LIBRAIRIE DE DEVILLE CAVELLIN,

ANCIENNE MAISON GABON,

10, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

MONTPELLIER.—LOUIS-CASTEL, GRANDE RUE.

1833.



CLINIQUE
MÉDICALE.

OBSERVATIONS
SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE
ET DE SES ENVELOPPES.

LIVRE PREMIER.
MALADIES DES ENVELOPPES DE L'ENCÉPHALE.

Section première.
MALADIES DE LA DURE-MÈRE.

Ire OBSERVATION.

Végétation fibreuse développée à la surface interne de la dure-mère. Dépression considérable du point du cerveau correspondant à cette végétation. Hémiplégie. Intégrité des facultés intellectuelles. Ancienne céphalalgie.

Un ancien militaire, âgé de 61 ans, entra à la Charité dans les premiers jours du mois de mars 1820. Cet homme paraissait avoir été bien constitué, mais lorsqu'il se présenta à notre observation, il était dans un état de dépérissement et de

maigreur remarquable ; sa face était d'une teinte pâle tirant légèrement sur le jaune ; la paupière droite restait à moitié abaissée au devant du globe de l'œil, et elle ne pouvait pas être complètement relevée par la volonté du malade. La bouche n'était en aucune façon déviée. La langue se tirait droite et sans difficulté. L'intelligence était intacte. Les deux membres du côté droit étaient privés de la faculté de se mouvoir, et leur sensibilité était obtuse. Les urines étaient rendues involontairement ; le pouls était remarquable par sa rareté (à peine cinquante pulsations par minute). Aucune lésion appréciable n'existait du côté des voies digestives et respiratoires.

Cet individu nous raconta qu'après avoir long-temps éprouvé des douleurs rhumatismales en différens points du corps, il fut pris vers le commencement de l'année 1817 d'une céphalalgie qui avait son siége principal vers la partie antérieure du pariétal du côté gauche. Cette douleur se montra d'abord d'une manière intermittente ; puis elle fut continue pendant une année entière ; enfin, à dater du milieu de l'année 1819, elle disparut pour ne plus revenir. Long-temps, le malade n'éprouva d'autre dérangement dans sa santé que cette céphalalgie qui, parfois, lui était insupportable. A l'époque à peu près où elle cessa, il lui parut que le membre thoracique droit était un peu plus *lourd* que le gauche ; de temps en temps les doigts de ce côté lui paraissaient comme insensibles ; il y avait froid, et ils présentaient habituellement une teinte violacée : peu à peu il lui fut impossible de serrer aucun objet avec la main droite ; plus tard enfin le membre thoracique de ce côté se paralysa complètement, en même temps le membre abdominal gauche perdit graduellement la double faculté de sentir et de se mouvoir.

L'état du malade ne présenta aucun changement, pendant les dix ou douze premiers jours de son entrée à l'hôpital; puis la langue se sécha, son pouls prit de la fréquence; ses idées se troublèrent; du dévoiement survint; une large escarre se forma au sacrum, et le malade succomba vers la fin du mois de mars dans un état adynamique.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'escarre de la région sacrée a laissé à sa place un large ulcère au fond duquel on voit le sacrum rugueux et dépouillé de son périoste. Les muscles sont grêles, la maigreur considérable.

La voûte du crâne ayant été enlevée, on ne trouva aucune lésion appréciable à la surface extérieure de la dure-mère. Mais lorsqu'après l'avoir incisée, on voulut l'enlever pour examiner le cerveau, on trouva que non loin de l'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche, elle avait contracté des adhérences insolites avec les parties subjacentes. Ces adhérences étaient constituées par des brides celluleuses qui unissaient l'une à l'autre les deux lames de l'arachnoïde. Ces brides circonscrivaient un corps sphéroïde, du volume d'une grosse noix qui s'enfonçait profondément dans la substance cérébrale, avec laquelle il n'avait d'ailleurs contracté aucune adhérence; il en était séparé par une lame cellulo-vasculaire qui paraissait être le tissu de l'arachnoïde et de la pie-mère refoulé par lui. Ce corps tenait par un assez étroit pédicule à la surface interne de la dure-mère, les fibres de cette membrane s'épanouissaient sur le pédicule de la tumeur, et ne pouvaient être distinguées de son propre tissu; ce tissu, d'une grande dureté, et d'un beau blanc aponévrotique, était formé

par des fibres qui sont comme pelotonnées les unes sur les autres ; il semblait qu'elles fussent comme une prolongation ou un épanouissement des fibres même de la dure-mère. La substance cérébrale, en contact avec cette tumeur fibreuse, avait toutes ses qualités ordinaires ; il n'était donc pas vraisemblable qu'elle eût été refoulée, car dans cette supposition ne lui aurait-on pas trouvé une plus grande densité. Il semblait que cette substance se fût peu à peu résorbée à mesure que s'était développé le produit accidentel.

Toutes les autres parties des centres nerveux avaient conservé leur aspect naturel.

Thorax. Engouement de la partie postérieure des deux poumons. Deux taches blanches sur le péricarde.

Abdomen. Pointillé rouge de la membrane muqueuse de l'estomac vers le grand cul-de-sac. Injection vive de la fin de l'iléum et d'une partie du colon.

La lésion cérébrale dont on aurait pu le plus soupçonner l'existence d'après la nature des symptômes et la marche de la maladie, était sans doute un ramollissement. Toutefois à aucune époque n'avait eu lieu cette contracture des membres qui accompagne souvent les ramollissemens cérébraux, mais qui souvent n'a pas lieu, et qui d'autres fois est un accident tellement fugitif et de si courte durée que les malades ont à peine le souvenir de l'avoir éprouvé.

Les douleurs rhumatismales qui précédèrent l'invasion de la céphalalgie auraient pu porter à regarder cette dernière comme appartenant aussi au rhumatisme. Combien d'autres fois n'est-il pas arrivé qu'on a pris pour un résultat de névralgie ou d'affection rhumatismale des douleurs de tête sembla-

bles à celle dont il est question dans l'observation qu'on vient de lire! Cette céphalalgie fut ici le premier symptôme qui apparut, et elle coïncida vraisemblablement avec le commencement de la maladie de la dure-mère; elle dut persister tout le temps qu'autour de la tumeur fibreuse exista dans l'arachnoïde le travail inflammatoire nécessaire à la formation des adhérences, dont on constata l'existence après la mort. Il est vraisemblable qu'elle cessa à l'époque où fut complète la transformation de ces adhérences en tissu cellulaire.

La manière graduelle dont se développa la paralysie est en rapport avec la nature de la maladie; elle ne fut précédée d'aucune perte de connaissance, et l'intelligence ne fut jamais troublée.

Aucune lésion ne nous rendit compte de l'incontinence d'urine dont le malade était atteint.

Une rougeur assez vive de l'estomac et d'une partie de l'intestin coïncida dans ce cas avec les symptômes adynamiques au milieu desquels le malade succomba (1).

IIe OBSERVATION.

Tumeur ostéo-fibreuse, du volume d'un petit œuf de poule, développée à la surface interne de la tente du cervelet, à laquelle elle adhère intimement. Hémiplégie, avec mouvemens convulsifs par intervalles, du côté opposé à celui où existe la tumeur. Atrophie du lobe cérébelleux correspondant à la tumeur. Mort par hémorrhagie cérébrale.

Un cordonnier, âgé de 47 ans, ayant fait abus des liqueurs

(1) Consultez sur ce point les volumes de cet ouvrage où sont spécialement retracées les maladies du tube digestif.

alcooliques, fit une chute sur l'occipital, un jour qu'il était ivre, quatre ans à peu près avant l'époque de son entrée à la Charité. Pendant les premiers temps qui suivirent cette chute, il n'éprouva aucun accident, puis il commença à ressentir une douleur sourde vers la partie gauche de l'occipital. Cette douleur persista long-temps sans jamais acquérir une grande intensité. Des étourdissemens assez forts avaient lieu de temps en temps; plusieurs fois même ces étourdissemens furent suivis d'une perte complète de connaissance, qui ne se prolongea dans aucun cas au-delà de quelques minutes. Plus tard de nouveaux phénomènes apparurent : tout-à-coup, et sans que le malade pût prévoir en rien cet accident, le membre thoracique droit devenait le siége d'une secousse brusque, douloureuse, comme tétanique. Cinq ou six secousses semblables se succédaient ainsi rapidement, et pendant les trois ou quatre jours qui les suivaient, le bras droit restait engourdi et un peu plus faible que celui du côté opposé. Il y eut d'abord des intervalles de plusieurs mois entre ces sortes d'accès; puis ils se rapprochèrent : tous les dix ou douze jours, ces secousses reparurent, constamment bornées au bras droit, et en même temps la paralysie de ce membre, d'abord passagère, devint permanente, et de plus en plus complète. Insensiblement aussi le membre abdominal droit perdit la faculté de se mouvoir; mais jamais dans ce membre on n'observa le moindre mouvement convulsif. Enfin peu de temps avant d'entrer à l'hôpital, le malade fut pris d'étourdissemens qui, devenant de plus en plus incommodes, le décidèrent à se faire admettre à la Charité. Il nous présenta alors l'état suivant.

Vive injection de la face et des yeux, léger embarras dans l'articulation des mots; réponses lentes, mais justes; souve-

nir très net des choses passées : gaîté; insouciance de son sort; diplopie de temps en temps; commencement de surdité. La langue se tire droite, et sans difficulté, la bouche n'est pas déviée; les deux côtés du visage ont la même sensibilité, et la même facilité de mouvemens. Le malade accuse une douleur sourde vers la partie postérieure de la tête, mais aussi bien à droite qu'à gauche. Les deux membres du côté gauche ne peuvent se mouvoir par la volonté du malade; ils ont cependant une certaine roideur, et hier encore le bras a éprouvé coup sur coup cinq à six secousses qui ont fait beaucoup souffrir le malade. La sensibilité de la peau des membres paralysés ne paraît être ni plus obtuse, ni plus vive que dans l'état ordinaire. Le pouls est sans fréquence, mais d'une dureté remarquable. Les battemens du cœur ont de l'impulsion. Les fonctions digestives sont intactes; la langue en particulier est large, humide, sans rougeur. Il y a encore assez d'embonpoint, et le système musculaire a encore un développement notable.

Je venais de recueillir près du malade, conjointement avec un de mes amis, M. Descieux (1), les détails qu'on vient de lire, lorsqu'au moment où on allait le saigner, il fut pris de tous les symptômes d'une forte attaque d'apoplexie. Le lendemain, il avait cessé de vivre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. A la place ordinairement occupée par la partie

(1) M. le docteur Descieux, à l'amitié duquel je dois plusieurs des matériaux que contient cet ouvrage, exerce actuellement la médecine avec une rare distinction à Montfort-Lamaury.

gauche de la tente du cervelet, existait une volumineuse tumeur qui d'une part repoussait le lobe postérieur de l'hémisphère cérébral de ce côté, et qui d'autre part pressait sur le cervelet. L'hémisphère cérébral n'avait subi aucune altération de structure; c'était surtout du côté du cervelet que la tumeur avait pris son développement; aussi, dans tout son lobe gauche, cet organe avait-il subi une altération des plus remarquables : il avait singulièrement diminué de volume, et en même temps sa substance avait acquis une dureté insolite. Ni le cerveau, ni le cervelet ne se continuaient avec la tumeur. Interposée entr'eux et manifestement produite aux dépens de la dure-mère dont elle occupait la place, cette tumeur se rapprochait beaucoup par sa nature de celle qui a été décrite dans l'observation 1re; comme elle, on la trouvait constituée par des paquets de fibres blanchâtres, semblables aux corps fibreux de l'utérus, qui s'entrecroisaient en sens divers; mais de plus, en l'incisant, on rencontrait çà et là dans son épaisseur des dépôts de matière calcaire. Cette tumeur égalait presque le volume d'un petit œuf de poule.

L'hémisphère droit du cerveau était le siége d'un vaste épanchement sanguin qui, occupant à la fois le corps strié et la couche optique, s'était fait jour dans les deux ventricules latéraux à travers le septum médian déchiré.

Nous ne trouvâmes dans les centres nerveux aucune autre lésion appréciable.

Les autres viscères ne nous offrirent rien à noter, si ce n'est le cœur, dont les parois étaient hypertrophiées.

Ce cas nous présente une lésion organique semblable à celle dont il a été déjà question dans la première observa-

tion, seulement quelques concrétions calcaires se trouvent mêlées au tissu fibreux accidentel; le siége de la tumeur est toujours dans la dure-mère, mais dans un autre point de cette membrane. Ici, comme chez le sujet de l'observation 1re, elle n'a point endommagé le cerveau; mais un des lobes du cervelet, comprimé par elle, a subi une atrophie considérable. Cependant aucun des désordres fonctionnels spéciaux qui, d'après les auteurs, se lient aux lésions du cervelet, ne fut ici remarqué. On n'observe pas d'autre symptôme que ceux auxquels aurait donné lieu cette même lésion, siégeant dans un des hémisphères cérébraux. La paralysie eut lieu dans les membres opposés au côté du cervelet qu'avait atrophié la tumeur. Cette paralysie fut précédée et accompagnée dans son cours par des mouvemens convulsifs qui ne s'étendaient jamais au-delà du bras qui avait perdu la faculté de se mouvoir. Ici encore, comme dans le précédent, la douleur de tête fut un des premiers symptômes qui apparurent. Ainsi, dans ces deux cas, il y a la plus grande ressemblance dans les phénomènes morbides, et la nature de ceux-ci n'est pas modifiée par la différence de siége des lésions.

Une autre circonstance remarquable de cette observation, c'est que le développement de la tumeur ostéo-fibreuse de la dure-mère parut reconnaître pour cause première la chute que, plusieurs années auparavant, l'individu avait faite sur l'occipital.

Section deuxième.

OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DE L'ARACHNOIDE ET DE LA PIE-MÈRE.

Il est peu de maladies dont les symptômes présentent autant de variétés, et, si l'on peut ainsi dire, autant de différences tout individuelles, que l'inflammation aiguë des méninges. Existe-t-il des signes bien tranchés à l'aide desquels on puisse facilement distinguer pendant la vie l'inflammation des méninges qui tapissent la face supérieure du cerveau, et l'inflammation des méninges qui se trouvent en rapport avec la face inférieure de cet organe? Existe-t-il quelques désordres fonctionnels spéciaux qui appartiennent à l'inflammation de la membrane qui se déploie sur les parois des ventricules? A quels signes peut-on reconnaître l'inflammation des méninges qui entourent la moelle épinière? Quel que soit son siége, la méningite aiguë peut-elle se distinguer par ses symptômes, soit des autres affections aiguës de l'encéphale dans lesquelles cet organe se trouve matériellement altéré, soit de ces cas si fréquens dans lesquels l'irritation du cerveau ou de ses enveloppes, purement sympathique de l'irritation d'un autre organe, ne laisse après elle sur le cadavre aucune trace de son existence? Enfin, sur le cadavre lui-même, quels sont les caractères anatomiques à l'aide desquels nous pourrons affirmer qu'il y a eu réellement méningite aiguë dans les cas où pendant la vie ont existé les symptômes qui semblaient lui appartenir? Telles sont les questions encore indécises dans la science, et à la solution desquelles nous croyons que les observations suivantes pourront contribuer.

CHAPITRE PREMIER.

OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DE L'ARACHNOÏDE ET DE LA PIE-MÈRE QUI RECOUVRENT LA FACE SUPÉRIEURE DU CERVEAU.

IIIe OBSERVATION (1).

Épanchement sanguin entre l'arachnoïde et la dure-mère.

Midi, âgé de 73 ans, tempérament lymphatique sanguin, forte constitution, cocher, était tombé de son siége sur une borne à l'âge de 64 ans, et s'était fait une plaie profonde à la région temporale gauche. Il n'avait cependant pas perdu connaissance : il fut trépané à la Charité par suite de cet accident. Depuis cette époque, il avait toujours joui d'une parfaite santé.

Vers le 20 mars 1822, il ressentit, sans cause connue, dans le membre inférieur droit et dans le bras du même côté, un engourdissement avec difficulté dans les mouvemens de ces membres, douleurs au coude et au talon. En même temps, vertiges, tintemens d'oreille, céphalalgie, somnolence. Les jours suivans, augmentation graduelle de ces symptômes, et le huitième, impossibilité de se livrer aux exercices de sa profession. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, les mouvemens du membre inférieur gauche commencent à devenir difficiles.

---

(1) Cette observation et la suivante m'ont été communiquées par M. le docteur Thibert, elles ont été recueillies par lui à l'hôpital de la Charité.

Entré à la Charité le seizième jour, le 6 avril 1822, il ne présenta, le 7 au matin, d'autres symptômes remarquables dans les fonctions de nutrition qu'une constipation opiniâtre; langue naturelle. Les deux membres droits pouvaient encore exécuter quelques mouvemens, mais très faibles. Le membre inférieur gauche était un peu moins faible que le droit; le pouls plein et fort, sans fréquence. (Limonade de crême de tartre soluble, 20 sangsues au cou, frictions avec eau-de-vie camphrée sur les membres, 2 soupes aux herbes, 3 bouillons.)

Le 8, diminution des vertiges, de la céphalalgie et de la somnolence. 2 selles en 24 heures. (18 sangsues au cou, synapismes aux jambes.)

Dans la nuit du 8 au 9, délire. Le malade, croyant descendre de voiture, se jette en bas de son lit. Cependant, le 9 au matin, moins de céphalalgie; mais paralysie plus marquée. Les trois jours suivans, augmentation graduelle de celle-ci.

Le 13, face très injectée, assoupissement, douleurs dans les légers mouvemens du bras droit. Hémiplégie gauche incomplète; la droite est presque complète. Langue rouge et sèche, déjections alvines et urinaires involontaires. Pouls fort et fréquent; peau chaude et sèche.

(Bourrache gommée, lavemens, 20 sangsues au cou, 2 vésicatoires aux jambes, 5 bouillons.)

14, respiration stertoreuse, perte absolue de connaissance, état comateux. Mort dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE

12 heures après la mort.

Crâne. L'arachnoïde, épaissie et rouge, était détachée de

la dure-mère de chaque côté par un épanchement de sang en partie fluide, en partie coagulé, qui avait complètement disséqué la membrane séreuse de haut en bas, depuis la partie voisine de la grande faulx de la dure-mère jusqu'à la suture temporo-pariétale, et d'avant en arrière depuis la fosse coronale jusqu'au bout postérieur du pariétal. Le *décollement et l'épanchement étaient plus considérables à gauche.* La dépression des hémisphères était de près d'un pouce à gauche, d'un demi-pouce seulement à droite. Au-dessous des épanchemens, la substance cérébrale était très ferme et très peu piquetée de sang. Mais les sinus en contenaient une assez grande quantité.

Abdomen. Un peu de rougeur dans l'estomac et le jéjunum.

Cette observation présente un cas rare d'anatomie pathologique. Il est difficile de concevoir, en effet, comment une membrane mince et ténue comme l'arachnoïde peut être séparée de la dure-mère par du sang épanché, sans se déchirer et se rompre.

Les symptômes furent ici tout-à-fait en rapport avec le siége et la nature de la lésion. Les symptômes prédominans existèrent d'abord du côté du mouvement; il y eut paralysie double, comme il y avait double épanchement. Ce ne fut que plus tard que les facultés intellectuelles se troublèrent. Cette hémorragie, lentement produite, agit à la fois en comprimant le cerveau et en l'irritant.

IVe OBSERVATION.

Épanchement sanguin entre l'arachnoïde et la dure-mère. Paralysie graduelle du côté droit avec contracture.

Un vieillard âgé de 70 ans, tempérament lympathique sanguin, constitution peu forte, éprouvait depuis deux mois au côté gauche de la tête, et particulièrement dans la fosse temporale, une céphalalgie continuelle, qui alla toujours en augmentant jusque vers le 4 mai. On n'a pu, d'ailleurs, obtenir aucun détail sur la nature de cette douleur et les symptômes qui l'accompagnaient. On sait seulement qu'à l'époque indiquée, le malade commença à balbutier, la langue s'embarrassa, l'intelligence parut s'affaiblir, et dans la matinée le côté droit du corps tomba en paralysie incomplète. Cette hémiplégie fit des progrès très lents les jours suivans. Il s'y joignait une fièvre continue avec symptômes adynamiques. Apporté à la Charité le 14 mai, il offrit le 15 l'état suivant : prostration, décubitus sur le dos, pupilles également mobiles, face très animée, traits affaissés à droite, lèvres sèches, langue rouge, sèche, fendillée, tremblottante, mais sans déviation; haleine fétide, ventre plat, selles et urines involontaires. Chaleur de la peau vive avec moiteur, pouls fort, plein et fréquent. Les extrémités droites offrent une paralysie de la motilité, mais non de la sensibilité. Il s'y joint dans la supérieure une forte contracture des muscles fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras. Le malade paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais il n'y répond que d'une manière inintelligible et en balbutiant. Somnolence. (2 vésicatoires au membre inférieur droit, un à la cuisse, un à la jambe, 5 bouillons.)

16 et 17, augmentation graduelle de l'hémiplégie ; d'ailleurs, même état.

Jusqu'au 20, persistance de la roideur du membre supérieur.

20, assoupissement, ronflement, extinction des facultés intellectuelles. (25 sangsues au cou, 2 sinapismes aux pieds.)

21, cessation de la roideur du bras droit, extinction complète de la motilité et de la sensibilité à droite, respiration ronflante, yeux ternes, chassieux et entr'ouverts, pupilles toujours également mobiles, pouls toujours plein et fort, peau chaude et humide. (16 sangsues au cou.) La vie s'éteint peu à peu. Mort à dix heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

34 heures après la mort.

Crâne. Les vaisseaux qui unissent les os à la dure-mère paraissaient très injectés à gauche. Lorsqu'on incisa cette membrane, on trouva entre elle et l'arachnoïde, dans l'étendue des trois quarts postérieurs de la paroi latérale du crâne, et depuis sa base jusqu'à la faulx de la dure-mère, un épanchement de sang en partie liquide, en partie coagulé, noir, déprimant la membrane séreuse de près d'un pouce au centre, diminuant graduellement en épaisseur jusqu'à la circonférence, et qui avait communiqué aux deux membranes une couleur brunâtre. Les deux feuillets de l'arachnoïde étaient d'ailleurs rouges et épaissis. La substance cérébrale des deux hémisphères était piquetée de sang ; un peu de sérosité dans les ventricules ; cœur très mou, flasque ; couleur brunâtre de la muqueuse gastrique, vers la grande courbure.

Une des circonstances les plus curieuses de cette observation, c'est que les symptômes qui s'y trouvent relatés ont la plus grande ressemblance avec ceux auxquels donne lieu, dans les cas les plus ordinaires, le ramollissement du cerveau. Ainsi la maladie débute par une céphalalgie fixe en un point de la tête; puis l'intelligence devient obtuse; plus tard les membres opposés au côté douloureux du crâne s'affaiblissent graduellement, et enfin il arrive un moment où les membres paralysés offrent en même temps une contracture très marquée. Ne sont-ce pas là tous les signes du ramollissement du cerveau? Cependant il n'y avait pas la moindre trace de cette altération, et tout ce qui fut trouvé, c'était une collection de sang entre la dure-mère et l'arachnoïde. Celle-ci paraissait, en outre, épaissie et malade. Tout cela s'était sans doute formé lentement, comme le prouve la marche de la maladie. Il semble, d'ailleurs, que toujours il doive en être ainsi en raison de la manière très serrée dont l'arachnoïde est unie à la dure-mère. Ce n'est que peu à peu que le sang qui s'épanche doit opérer le décollement de ces deux membranes et s'amasser entre elles en assez grande quantité pour pouvoir comprimer le cerveau.

Les deux cas que nous venons de citer se rapprochent un peu de deux autres cas cités par M. le professeur Rostan (1), dans lesquels une quantité considérable de sang était épanchée entre le feuillet séreux qui tapisse la dure-mère et celui qui recouvre les hémisphères cérébraux. Il y avait eu aussi dans ces deux cas plusieurs des signes qui appartiennent au ramollissement du cerveau.

---

(1) Recherche sur le ramollissement du cerveau, p. 398.

Ve OBSERVATION.

Méningite partielle. Phlegmon érysipélateux du cou survenu à la suite d'une contusion sur cette partie. Signes d'arachnitis pendant les dernières heures de la vie seulement.

Un homme de 33 ans, postillon aux diligences, d'une forte constitution, cheveux noirs, peau brune, reçut, le 2 février 1822, sur la partie latérale droite du cou, un sac d'avoine très pesant qui tomba sur lui de plusieurs pieds de hauteur. Cependant il continua à se livrer à ses occupations ordinaires jusqu'au 7 février. Il ressentait au côté droit du cou une tension douloureuse. Le 7, la peau de cette partie devint érysipélateuse, la fièvre s'alluma, l'appétit se perdit, le malade cessa ses occupations et garda la chambre. Le 8, le 9 et le 10, la fièvre persista, l'érysipèle s'étendit à la partie postérieure du cou, et au moignon de l'épaule. Le 11, il entra à la Charité; il avait alors un mouvement fébrile intense. Le cou fut couvert de sangsues. La desquamation commençait à se faire en plusieurs points de la peau du cou. Mais à droite, en arrière du muscle sterno-mastoïdien, on sentait une fluctuation obscure; ce muscle lui-même paraissait un peu plus saillant que celui du côté opposé. L'intelligence était intacte, la respiration libre, la langue humide; aucune évacuation alvine n'avait eu lieu depuis trois jours. A une heure du matin, le malade se mit tout à coup à délirer. Le reste de la nuit, propos incohérens, vociférations continuelles.

Le 12, à huit heures du matin, persistance du délire, yeux hagards, agités d'un mouvement continuel; pupilles

fortement contractées; cris violens; mouvemens libres des membres. Pouls fréquent, et d'une faiblesse remarquable. Langue humide et vermeille; soif ardente; ventre souple; pas de selle; quelques-unes des sangsues appliquées la veille coulent encore. M. Lerminier fait la prescription suivante : vésicatoire à une cuisse, sinapismes aux jambes, lavement d'infusion de camomille avec addition d'une demi-once de sulfate de soude et de dix grains d'émétique, tisane d'orge acidulée avec le sirop tartareux. Mort trois heures après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. L'arachnoïde et la pie-mère étaient partout incolores, minces, et parfaitement transparentes, excepté dans l'étendue de trois travers de doigt en longueur sur deux en largeur, près de l'extrémité antérieure de la face supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau. Là, les méninges, manifestement plus épaisses qu'ailleurs, présentaient une rougeur intense qui contrastait d'une manière frappante avec la blancheur des autres portions de ces membranes. La substance cérébrale était partout de bonne consistance, et sans injection. Une petite quantité de sérosité limpide existait dans chacun des ventricules latéraux, sur les parois desquels se manifestaient de grosses veines.

Thorax. La partie postérieure des deux poumons était fortement engouée.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac présentait, dans la portion pylorique, une légère teinte brunâtre. Le reste du tube digestif ne nous offrit aucune lésion appréciable.

Le tissu de la rate était d'une mollesse remarquable; par le lavage, on en exprimait une bouillie rougeâtre, et on la réduisait à son tissu filamenteux.

Une grande quantité de pus infiltrait le tissu cellulaire subjacent au muscle sterno-mastoïdien du côté droit.

La marche de cette maladie nous paraît digne de remarque. A la suite d'une forte contusion du cou, un phlegmon érysipélateux se déclare, et il s'accompagne de ses symptômes ordinaires : il y a de la fièvre; mais les voies digestives restent intactes, et les centres nerveux ne s'affectent pas. Tout à coup, le cinquième jour de l'apparition de la fièvre, et le neuvième depuis l'accident, un délire violent se déclare, et peu d'heures après son invasion le malade succombe. La veille, rien sans doute n'aurait pu faire présager une mort aussi prochaine. L'arachnitis partielle, dont nous constatâmes l'existence sur le cadavre, n'avait très vraisemblablement commencé qu'avec le délire; ainsi elle était d'existence bien récente, et nous ne pensons pas qu'on ait vu souvent l'inflammation des membranes cérébrales à une époque aussi peu éloignée de celle de son invasion. Le trouble de l'intelligence, et un remarquable resserrement des pupilles, tels furent les deux seuls phénomènes auxquels cette inflammation donna lieu. Il faut donc parfois une lésion bien légère des méninges pour troubler les facultés intellectuelles. Notez, d'ailleurs, que dans ce cas la phlegmasie avait son siége à la partie tout-à-fait antérieure et supérieure de l'un des hémisphères cérébraux, c'est-à-dire là où plusieurs physiologistes placent plus spécialement le siége de l'intelligence. Mais pourquoi cette contraction des pupilles? Quel rapport y

a-t-il entre cette irritation si légère, si bien circonscrite d'une très petite portion des méninges, et les mouvemens de l'iris? Les centres nerveux peuvent donc être lésés dans leurs fonctions, hors des points où l'anatomiste y découvre des altérations.

Nous ne terminerons pas ces réflexions sans faire remarquer le ramollissement considérable qu'avait subi la rate. Dans ce cas, il n'y avait cependant aucun des symptômes que nous avons vus, dans le troisième volume de cet ouvrage, coïncider si souvent avec la liquéfaction de la matière contenue dans les cellules de la rate.

VIe OBSERVATION.

Méningite aiguë bornée à la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau. Délire. Mouvemens convulsifs de la face et des membres du côté droit.

Un tailleur, âgé de 37 ans, était malade depuis quatre ou cinq jours, lorsqu'il entra à la Charité le 17 juillet 1821. Le 15 du même mois, sans cause à lui connue, il avait été pris d'un violent mal de tête qui avait surtout son siége à la région frontale. Le lendemain 16, ce mal de tête persistait, et les douleurs étaient devenues plus générales; elles n'existaient plus seulement vers le front, mais encore dans toute l'étendue des régions pariétale et occipitale. Ce même jour il perdit l'appétit, et il vomit l'eau sucrée qu'on lui fit boire. Dans la soirée apparurent des nausées continuelles, suivies de temps en temps du rejet de quelque peu de matière jaune et amère. Le 17, persistance de la céphalalgie; cessation des vomissemens; encore quelques nausées. Entré

à l'hôpital dans l'après-midi, il nous offrit, à la visite du lendemain matin, l'état suivant :

Pâleur remarquable de la face; douleurs de tête, dont le siége précis ne peut être indiqué par le malade, qui par intervalles deviennent assez vives pour lui arracher des cris perçans; yeux cernés et languissans; légers mouvemens involontaires des muscles qui meuvent les commissures des lèvres; réponses nettes et précises; le malade rend un compte parfait de son état, et de tout ce qui lui est arrivé depuis le commencement de sa maladie; le pouls est médiocrement fréquent et régulier; la peau est sans chaleur; la langue a son aspect naturel; il n'y a pas de soif, et les nausées ont disparu; l'abdomen est dans tous ses points souple et indolent; aucune selle n'a eu lieu depuis trois jours.

Il était difficile d'assigner un siége bien déterminé à cet ensemble de symptômes : cependant les premiers accidens avaient eu lieu du côté de la tête; les vomissemens qui avaient apparu pouvaient être considérés comme liés à une affection cérébrale commençante, et la forte céphalalgie qui persistait semblait indiquer que vers la tête était encore le foyer principal de la maladie. L'absence de tout phénomène morbide appréciable du côté des voies digestives éloignait d'ailleurs l'idée que la céphalalgie fût l'effet sympathique d'une nuance quelconque d'irritation gastro-intestinale. Cette maladie n'aurait pas pu même être appelée une fièvre continue, puisqu'il n'y avait pas réellement de mouvement fébrile. Cependant l'état du malade nous paraissait grave; l'aspect de sa face était mauvais; et, au milieu de cette absence de symptômes locaux, l'altération déjà profonde de ses traits devait nous faire porter un pronostic assez fâcheux. Soupçonnant un état de congestion de l'encéphale, M. Ler-

minier fit appliquer, malgré l'extrême pâleur de la face, vingt sangsues sur le trajet de chaque veine jugulaire; il prescrivit la tisane d'orge pour boisson, et des sinapismes aux extrémités inférieures.

Les piqûres de sangsues coulèrent abondamment une grande partie de la journée. Quelques nausées eurent lieu.

Le lendemain matin 19, l'état du malade n'avait subi aucun changement (*tisane d'orge miellée, lavement purgatif*).

Le 20, à huit heures du matin, le malade était triste, abattu; il répondait avec peine, et d'un air comme préoccupé, aux questions qu'on lui adressait : l'impression de la lumière semblait lui être pénible; il tenait les yeux fermés, et cachait sa tête sous ses couvertures; la face était toujours très pâle. Le mal de tête ne paraissait plus être considérable; les mouvemens convulsifs des lèvres étaient plus fréquens et plus prononcés; le pouls était sans fréquence, et la peau sans chaleur (*un vésicatoire à la nuque*).

Même état dans la journée : le soir, le malade sortit de l'espèce de torpeur dans laquelle il était resté plongé depuis douze heures. Il se leva tout à coup sur son séant, et sortit de son lit brusquement, disant que des hommes qui lui voulaient beaucoup de mal le poursuivaient. Cette idée l'abandonna bientôt; mais toute la nuit, il tint les propos les plus incohérens, qu'il interrompait par intervalles, pour pousser de suite plusieurs cris perçans.

A la visite du 21, nous le trouvâmes retenu dans son lit par la camisole. La face, si pâle jusqu'alors, avait rougi; la tête était agitée par un mouvement continuel qui la portait alternativement de droite à gauche, et de gauche à droite. Les différens muscles qui meuvent les lèvres, les ailes du nez, et les paupières, étaient dans un état d'agitation con-

vulsive portée au plus haut degré. Une salive abondante, légèrement écumeuse, sortait de la bouche. Le malade parlait sans cesse, et avec beaucoup de force : on ne pouvait saisir aucun sens dans les mots qu'il articulait. Il y avait beaucoup de soubresauts de tendons, qui empêchaient de bien sentir le pouls : il ne nous parut que très médiocrement fréquent (*saignée du bras, vingt sangsues au cou, compresse d'oxycrat froid sur la tête*).

Dans la journée, l'état du malade resta le même.

Le 22, dans la matinée, violent délire; mouvemens convulsifs des muscles de la face; rire sardonique; agitation continuelle du bras droit; soubresauts de tendons de plus en plus multipliés; pouls plus fréquent que les jours précédens; langue humide et vermeille (*deux vésicatoires aux cuisses; glace sur la tête; tisane d'orge*).

Le 23, renversement de la tête en arrière et à droite; forte contraction du bras droit; respiration d'une irrégularité remarquable; de temps en temps elle s'accélère singulièrement : puis elle devient beaucoup plus lente que dans l'état normal. Le malade ne parle plus et ne s'agite plus comme les jours précédens; ses yeux restent fixes, sans expression; sa bouche est béante et immobile; les pupilles ne sont ni contractées ni dilatées. Interrogé, il ne répond pas; il ne paraît pas même entendre. La face a repris sa première pâleur; le pouls bat à peine 60 fois par minute; il est régulier; l'abdomen conserve sa souplesse; les selles sont toujours fort rares; la langue ne peut être vue; les dents ne sont pas sèches.

Dans la journée, le malade a eu encore de temps en temps de l'agitation; mais en général il est resté assoupi.

Pendant la nuit, un violent délire a reparu; le malade a

jeté continuellement des cris qui annonçaient encore chez lui une grande énergie.

A la visite du 24, cet état d'excitation n'existait plus; un coma profond lui avait succédé; les extrémités étaient froides; une sueur visqueuse couvrait le visage; la respiration était râlante. Mort dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. A leur surface supérieure, les deux hémisphères cérébraux diffèrent notablement par leur couleur. Le droit est assez pâle; le gauche, au contraire, offre une teinte rouge très prononcée. Cette teinte réside tout entière dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien que parcourent d'innombrales vaisseaux; on ne trouve d'ailleurs dans ce tissu, ni sérosité, ni pus épanché. La substance grise qui constitue la partie la plus superficielle des circonvolutions de l'hémisphère gauche participe à l'injection de la pie-mère qui la recouvre. Les ventricules contiennent à peine deux cuillerées à café de sérosité. Le reste de la masse encéphalique n'offre rien de remarquable.

Thorax. Les poumons sont engoués à leur partie postérieure. Le cœur, pâle et de consistance normale, contient dans ses cavités droites un gros caillot fibrineux dépouillé de matière colorante.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac, pâle dans toute son étendue, est très mince vers le grand cul-de-sac. D'espace en espace la surface interne de l'intestin grêle présente une injection nerveuse assez vive. Le gros intestin est blanc.

Les autres organes n'offrent rien de remarquable.

Cette observation nous offre un exemple de méningite aiguë plus étendue que celle qui fait le sujet de l'observation V, mais encore partielle ; elle n'occupe en effet qu'un des côtés du cerveau ; la ligne médiane la limite d'une manière rigoureuse. Peu de cas de ce genre, à notre connaissance, ont encore été publiés. C'est ainsi que bien souvent l'érysipèle s'arrête aussi à cette même ligne médiane.

Le premier symptôme qui apparut fut ici la céphalalgie ; elle fut de longue durée, d'une intensité remarquable ; et peu de temps après son début, elle se compliqua d'accidens gastriques, qui semblaient être le résultat tout sympathique de l'affection cérébrale. Les nausées, les vomissemens furent donc ici le produit du trouble de l'innervation ; mais ces phénomènes de sympathie disparurent promptement : aucun autre désordre fonctionnel n'apparut du côté des voies digestives ; et de plus en plus, au contraire, les accidens cérébraux devinrent prédominans ; chaque jour ils se montrèrent et plus multipliés et plus graves. L'intelligence, si nette encore à l'époque de l'entrée du malade, se troubla peu à peu : d'abord ce trouble n'était annoncé que par l'air distrait et comme préoccupé de l'individu ; puis un délire des plus violens prit naissance. A quelques légers mouvemens convulsifs des lèvres succédèrent bientôt des convulsions de toute la face et du membre thoracique droit ; et en dernier lieu on observa la contracture de ce membre. La prédominance du trouble de la motilité dans le bras droit pouvait faire présumer que c'était dans le côté opposé du cerveau que résidait la maladie ; son siége, d'ailleurs, n'était en aucune façon

annoncé par la céphalalgie qui fut loin d'être bornée à la partie malade des enveloppes cérébrales.

Une saignée, deux applications de sangsues, l'apposition de la glace sur la tête, des révulsifs, soit rubéfians, soit vésicans, portés à la nuque et aux extrémités inférieures, n'exercèrent sur la marche de la maladie aucune influence appréciable : elle ne cessa de s'aggraver depuis l'époque de l'entrée du malade jusqu'à la mort. Un peu plus de sang que de coutume, accumulé dans une portion circonscrite de la pie-mère, suffit pour bouleverser les fonctions nerveuses, et amener enfin la cessation de la vie.

VII[e] OBSERVATION.

Méningite bornée à l'extrémité antérieure de chaque hémisphère cérébral. Teinte rosée et ramollissement léger de la substance grise subjacente. Entérite folliculeuse marchant vers la guérison. Symptômes de fièvre ataxique.

Un jeune homme de 17 ans entra à la Charité le 18 février 1824 avec les symptômes d'une fièvre continue légère : céphalalgie ; langue blanche, humide, légèrement rouge à la pointe et sur les bords ; soif assez vive ; ventre souple et indolent ; constipation. Pendant les cinq ou six jours suivans, aucun changement ne survint ; dans cet intervalle, une saignée fut pratiquée, et vingt sangsues furent appliquées à l'anus. Le 24 février, nous fûmes frappés de l'air de distraction qui était empreint sur la physionomie du malade ; il répondait avec peine aux questions ; semblait penser à quelque chose qui absorbait son attention.

Le 25 février, le malade était plongé dans un état de stu-

peur ; il ne savait pas où il était, et ne répondait pas lorsqu'on lui parlait. Les pupilles étaient notablement dilatées ; la langue avait un aspect naturel ; le ventre conservait sa souplesse ; il n'y avait pas de diarrhée ; le pouls était petit et fréquent ; la peau chaude. Vingt sangsues furent appliquées au cou.

Les deux jours suivans, l'air de stupeur persista ; les autres symptômes restèrent les mêmes.

Le 28 février, le malade était sorti de l'état de stupeur des jours précédens ; il s'agitait beaucoup dans son lit, et parlait continuellement.

Le 1er mars, la stupeur prédominait de nouveau ; la dilatation des pupilles était extrême ; la langue avait toujours l'aspect le plus naturel ; le pouls était très petit et fréquent : il n'y avait pas de soubresauts de tendons ; mais un nouveau phénomène avait apparu : malgré l'état de torpeur du malade, il y avait une vive exaltation de la sensibilité de toute la périphérie cutanée ; lorsqu'on touchait la peau, surtout celle de l'abdomen et des parois thorachiques, le malade se plaignait ; il écartait la main qui le touchait, et sa figure prenait l'expression d'une forte douleur. On tenta encore l'application de quelques sangsues au cou, et l'on plaça des vésicatoires aux jambes. Mort la nuit suivante.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Plénitude des veines qui rampent sur la convexité des hémisphères cérébraux ; vive injection de la portion de pie-mère qui tapisse l'extrémité antérieure de chacun des hémisphères ; teinte rosée avec légère diminution de consistance de la substance corticale qui est en contact avec la pie-

mère dans cet endroit du cerveau. Aucune autre altération appréciable dans les centres nerveux et dans leurs enveloppes.

Thorax. Les poumons contiennent un certain nombre de petites granulations qui ne ressemblent pas aux granulations ordinaires : ce sont des vésicules à parois transparentes, et qui laissent échapper, lorsqu'on les incise, une petite quantité de sérosité limpide. Entre ces vésicules, le parenchyme pulmonaire ne présente aucune altération ; le cœur sain, contient du sang coagulé.

Abdomen. La surface interne de l'estomac est d'une remarquable blancheur, excepté en un seul point, large comme un centime, qu'occupe une tache rouge, formée par l'agglomération de petits vaisseaux finement injectés. L'intestin grêle, dans toute son étendue, offre aussi une teinte très pâle ; mais à sa surface interne on trouve un grand nombre de follicules plus développés que de coutume : les uns sont isolés, les autres agglomérés, et constituent par leur assemblage les *plaques dites de Peyer.* Ces plaques, pointillées de noir, et pâles comme le reste de la muqueuse, font au-dessus du niveau de celle-ci une légère saillie. Le cœcum est blanc ainsi que le reste du gros intestin.

Voilà encore un cas où l'inflammation des méninges n'existe que dans une très petite étendue de la surface extérieure du cerveau. La pie-mère est injectée seulement vers la partie antérieure et supérieure de chaque hémisphère ; et dans cette même partie la substance grise des circonvolutions a un peu participé à l'irritation de la membrane qui la recouvre. Voilà tout ce qu'on trouve pour expliquer les graves désordres nerveux qui apparurent pendant les der-

niers jours de la vie du malade. Nul doute, cependant, que cet individu n'ait succombé par lésion des centres nerveux. Mais dans ces centres ne résida pas toute la maladie : à l'époque où le malade entra à la Charité, rien n'annonçait qu'ils fussent atteints; il existait seulement à cette époque une fièvre continue, sans symptôme local bien tranché : alors l'intestin était malade. Nous ne doutons pas, en effet, que dans ce cas il n'y ait eu d'abord une entérite folliculeuse; l'état dans lequel nous trouvâmes l'intestin, nous démontra que cette entérite était en voie de guérison, lorsque survint la méningite partielle qui, toute légère qu'elle était, fut suffisante pour donner rapidement à une maladie assez bénigne jusqu'alors, le caractère le plus sérieux. Ainsi, comme maintes fois nous l'avons déjà vu dans cet ouvrage, il s'en faut que ce soit toujours l'intensité des lésions qui décide la gravité des symptômes.

VIIIe OBSERVATION.

Fausses membranes de formation récente sur l'arachnoïde qui tapisse la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau. Aucune autre lésion appréciable dans les méninges. Céphalalgie au début. Délire. Tubercules dans les poumons et dans la rate.

Un homme âgé de 43 ans, entré à l'hôpital de la Pitié au commencement du mois d'avril 1831, présentait les symptômes ordinaires de la phthisie pulmonaire, et dépérissait chaque jour, lorsque le 19 mai il accusa une vive douleur qui avait son siége à la région temporale gauche; cette douleur, que la pression n'augmentait pas, s'exaspérait de temps en temps d'une manière insupportable pour le

malade, et alors elle s'irradiait vers les régions pariétale et orbitaire du même côté de la tête. C'était la première fois que cet individu éprouvait une semblable douleur; elle avait paru la veille, et toute la nuit elle avait été assez vive pour l'empêcher de goûter un seul instant de sommeil. Il n'y avait d'ailleurs rien de changé dans l'état du malade; la fréquence du pouls était celle que nous constations chaque matin (76 à 80 pulsations). Il n'y avait aucun trouble appréciable dans la sensibilité et dans la motilité. Ainsi isolée de tout autre symptôme, cette douleur nous sembla appartenir à une simple névralgie temporale, et rien de particulier ne fut prescrit. Cependant la journée et la nuit suivantes le malade souffrit cruellement de la région temporale. A la visite du 20 mai, nous ne trouvâmes aucun motif pour changer notre diagnostic, toutefois nous fîmes pratiquer une saignée du bras de douze onces. Le sang, examiné le lendemain, était constitué par un caillot peu considérable, assez noir, sans aucune trace de couenne, et entouré de beaucoup de sérosité. La douleur de la tempe gauche n'avait pas diminué; aucun nouveau symptôme ne s'était d'ailleurs manifesté.

Le 21 mai, persistance de la céphalalgie; aucun changement dans l'état du malade. Vingt-quatre sangsues sont appliquées à l'apophyse mastoïde gauche; leurs piqûres rendent beaucoup de sang. Cependant la céphalalgie persiste, et dans la matinée du 22 mai nous la trouvons aussi intense que les jours précédens. Il nous semble alors que les moyens anti-phlogistiques sont épuisés contre ce que nous croyons encore être une névralgie, et nous essayons de lui opposer une autre médication. Un emplâtre d'opium est appliqué sur la tempe gauche, et un grain d'extrait de jusquiame est donné à l'intérieur.

Le 23, le 24 et le 25 mai, l'état du malade reste exactement le même; la douleur de la tempe ne cesse pas un instant; l'emplâtre d'opium est renouvelé, et l'extrait de jusquiame est continué à dose plus élevée.

Le 26 mai, nous remarquons pour la première fois que la peau des deux paupières, ainsi que celle des joues, est soulevée par de la sérosité accumulée dans le tissu cellulaire; cette peau a d'ailleurs conservé sa couleur naturelle. La céphalalgie est toujours aussi intense; le pouls bat, comme les jours précédens, 80 fois par minute. Un vésicatoire est appliqué à un des membres inférieurs.

Le 27, même état que la veille. Dans la nuit du 27 au 28 mai, l'intelligence se trouble pour la première fois. Le malade se lève, court dans la salle, il trouble le sommeil des autres malades, dans le lit desquels il veut entrer. Avec le jour le délire cesse, et à la visite du 28, nous le retrouvons dans le même état que la veille; seulement il se plaint moins de la tempe.

Dans la soirée du 28 mai, le trouble de l'intelligence recommence; la nuit le délire est complet; et lorsque, dans la matinée du 29, nous revoyons le malade, il ne répond plus à nos questions que de la manière la plus incohérente; il nous assure d'ailleurs qu'il ne souffre plus; il se trouve très bien. L'œdème de la face est augmenté, sans que la peau ait rougi; le pouls bat 88 fois par minute, et la température de la peau est élevée.

Dans la journée, le malade tombe dans un état comateux, et il succombe le 29.

OUVERTURE DU CADAVRE

29 heures après la mort.

Crâne. La boîte crânienne étant enlevée, et la dure-mère étant incisée, on trouve étendue sur l'arachnoïde qui tapisse la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau, au point de réunion des lobes moyen et antérieur de cet hémisphère, une fausse membrane blanchâtre, molle, ne présentant encore aucun caractère d'organisation, et simplement apposée sur l'arachnoïde, à laquelle elle n'adhère par aucun lien. Cette fausse membrane a un peu plus de la largeur d'une pièce de cinq francs. Sur d'autres points de l'arachnoïde, du même côté, sont déposées comme des gouttelettes d'un pus blanc, épais, qu'on enlève avec le dos du scalpel. On en trouve deux ou trois semblables sur la portion d'arachnoïde qui tapisse la face gauche de la grande faulx cérébrale. Au-dessous de la fausse membrane, au-dessous des gouttelettes de pus, ainsi que dans l'intervalle de ces produits morbides, l'arachnoïde ne présente aucune altération appréciable; elle a partout sa blancheur, sa transparence, sa consistance accoutumée. Aucun liquide séreux n'est épanché dans sa cavité. La pie-mère, qui la sépare de la substance cérébrale, n'est ni injectée ni infiltrée d'aucun liquide. A droite, et partout ailleurs, l'arachnoïde et la pie-mère n'offrent aucune altération appréciable, et aucun produit morbide à leur surface ou dans leur tissu. Les ventricules ne contiennent autre chose qu'une fort petite quantité de sérosité limpide. La substance nerveuse suivie dans les diverses parties des hémisphères, dans les parties blanches centrales, dans le mésocéphale, dans le cervelet, etc., a partout l'aspect le plus naturel.

Thorax. De nombreuses masses tuberculeuses, dont quelques-unes ramollies, sont disséminées dans le parenchyme des deux poumons. Le cœur, dont la surfaee interne présente une légère rougeur en rapport avec le temps écoulé depuis la mort et l'élévation de la température, contient, dans ses cavités droites surtout, un sang noir semblable à une gelée de groseille épaisse.

Abdomen. La surface interne de l'estomac présente à peu près dans toute son étendue une teinte ardoisée, avec épaississement mamelonné de la membrane muqueuse le long de la grande courbure. Nulle part cette membrane n'est ramollie. Il n'y a point d'ulcération dans les intestins, dont les parois sont généralement décolorées.

Une grosse masse tubereuleuse occupe environ un quart de la rate.

Les autres organes ne présentent rien de remarquable.

Ce cas est du petit nombre de ceux dans lesquels l'arachnoïde proprement dite est le siége de la maladie. C'est effectivement dans sa cavité qu'existent les produits morbides : en un point une fausse membrane, ailleurs du pus, et tout cela n'existe que d'un côté; à droite tout est resté à l'état le plus normal. Comme le péritoine, comme les plèvres, elle ne se montre nullement altérée dans son tissu, bien que les produits anormaux qu'elle a séparés du sang attestent qu'elle n'est plus dans les conditions de son état physiologique. Ce cas est donc un exemple de véritable arachnitis, comparable en tous points à l'inflammation des membranes séreuses des autres cavités splanchniques. Par cette phlegmasie de l'arachnoïde peuvent facilement s'expliquer les différens symptômes

nerveux observés pendant la vie. Ainsi ce n'était point simplement une névralgie que cette douleur qui, avant tout autre symptôme, frappa la région temporale gauche, et qui fut aussi remarquable par sa persistance que par son intensité. Cette douleur marqua le début de l'inflammation de l'arachnoïde; elle en marqua aussi le siége d'une manière beaucoup plus précise que dans la plupart de nos autres observations : long-temps elle exista seule, et ce ne fut que vers la fin qu'apparurent des symptômes plus tranchés d'arachnitis, du délire d'abord, puis un état comateux qui fut bientôt suivi de la mort. Ainsi, à son début, une inflammation de l'arachnoïde peut simuler une simple névralgie. Pourquoi d'abord cette seule douleur sans autre symptôme? Dira-t-on que le délire ne survint que parce que plus tard l'irritation de la méninge se communiqua au cerveau? Sans doute, on ne peut concevoir de délire sans affection de celui-ci, mais toujours est-il que sur le cadavre cette affection ne put être appréciée. Pourquoi cet œdème de la face qui précéda le délire, et qui suivit de près l'invasion de la céphalalgie? De toutes nos observations, c'est la seule où nous rencontrions ce phénomène.

IXe OBSERVATION.

Méningite partielle. Tubercules dans la pie-mère et dans d'autres organes. Adhérences de deux circonvolutions. Céphalalgie au début : plus tard délire; contraction des muscles du cou; paralysie de quelques muscles de la face.

Un jeune homme de 19 ans accuse, en entrant à la Charité, une forte céphalalgie qui a son siége principal vers la

tempe droite, et qui existe, dit-il, depuis douze jours. Il a toute sa raison; mais dès qu'on cesse de lui parler, il se couche sur le côté gauche, et s'y tient immobile, dans la position d'un homme qui aurait froid, en ramenant ses couvertures sur ses épaules. Le pouls est lent (60 battemens par minute); les pupilles sont un peu dilatées; la figure exprime un air d'indifférence sur son sort comme sur tout ce qu'on lui dit; la langue a son aspect naturel; le ventre est souple et indolent; les selles sont rares et de bonne nature; le malade ne rend ses urines qu'avec une certaine difficulté. Cet ensemble de symptômes nous fait redouter le développement d'une affection cérébrale : on pratique une saignée du pied, et quarante sangsues sont appliquées au cou.

Le lendemain, 14 mars, l'état du malade est bien changé; à cet air d'indifférence de la veille a succédé un délire complet; la tête reste constamment inclinée à droite; le pouls présente par minute douze battemens de plus que la veille (72 pulsations). Une saignée du bras est pratiquée.

Dans la soirée le malade peut un peu répondre aux questions, ce qu'il ne faisait pas le matin. Lorsqu'on veut porter la tête à gauche, il témoigne de la douleur; le côté droit de la bouche s'ouvre alors; la moitié gauche de cet orifice reste immobile.

15 mars. Regard fixe, persistance de l'inclinaison de la tête à droite, continuation du délire, air de stupeur, pouls beaucoup plus fréquent que les jours précédens (124 battemens), langue naturelle, ventre non ballonné et indolent, pas de selles (*trente sangsues au cou, lavement de décoction de séné*).

Pendant que les piqûres de sangsues coulent, les pupilles, qui jusqu'alors étaient restées dilatées, se contractent d'une

manière remarquable ; le pouls devient d'une fréquence extrême, irrégulier, très petit ; la bouche se remplit d'écume ; le râle trachéal s'établit, et le malade succombe à une heure de l'après-midi.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. La pie-mère, qui tapisse la surface supérieure des hémisphères cérébraux, contient une douzaine de petites granulations blanchâtres du volume d'une lentille, et de consistance cartilagineuse ; ces corps existent entre les circonvolutions. Sur la partie latérale moyenne de l'hémisphère droit, se montre une injection vive et fixe de la pie-mère dans un espace que pourraient occuper deux pièces de cinq francs réunies. Entre deux circonvolutions de la partie latérale moyenne de l'hémisphère gauche, existe un tubercule blanc du volume d'un gros pois, ramolli à son centre. Les deux circonvolutions entre lesquelles s'est développé ce tubercule ont contracté d'intimes adhérences, et sont si bien confondues, que d'abord on aurait pu croire le tubercule développé dans la substance même du cerveau, ce qui n'est pas.

Dans le reste de leur étendue, les centres nerveux, non plus que leurs enveloppes, ne présentent rien de remarquable.

Thorax. D'assez nombreux tubercules, à l'état de crudité, parsèment les deux poumons, dont le parenchyme est d'ailleurs parfaitement sain.

Les ganglions lymphatiques du médiastin postérieur sont tuberculeux.

Abdomen. L'estomac est blanc à sa surface interne ; sa

membrane muqueuse est partout de bonne consistance ; elle présente de nombreuses rides. Tout le tube digestif est blanc comme l'estomac.

La rate contient trois petits tubercules.

Parmi les altérations trouvées à l'ouverture du corps de cet individu, les unes dataient d'une époque de beaucoup antérieure à l'invasion de la maladie à laquelle il succomba. Tels étaient ces tubercules disséminés dans la pie-mère, dans le poumon, dans les ganglions lympathiques du médiastin postérieur, dans la rate. L'adhérence intime par laquelle nous trouvâmes réunies et véritablement confondues deux circonvolutions de l'hémisphère gauche était aussi une lésion ancienne, et d'une existence antérieure à celle de la maladie observée par nous. Reste donc, pour expliquer cette dernière, l'injection de la pie-mère dans une très petite partie de son étendue, sans autre altération de cette membrane, non plus que du reste de l'encéphale. En présence de lésions si légères et de si graves symptômes, qui oserait affirmer que ces lésions représentent tout ce qui a existé, et que l'anatomie nous a montré tout ce qu'il y a eu de matériellement altéré dans ces centres nerveux? Quoi qu'il en soit, toujours est-il que la seule altération appréciable de formation récente que nous révéla l'ouverture du corps fut trouvée dans ces centres, et que ce fut aussi dans ces centres que, pendant la vie, parut résider toute la maladie. Long-temps elle parut sans gravité : une céphalalgie opiniâtre, et qui avait son siége vers le point où, après la mort, nous trouvâmes la pie-mère injectée, fut, pendant les douze premiers jours de la maladie, le symptôme prédominant. Lorsque nous vîmes le malade, son intelli-

gence était parfaite, ses facultés locomotrices et sensoriales étaient intactes, et il n'avait pas de fièvre. Toutefois, dès ce premier instant, nous fûmes frappés de la position du malade dans son lit, et ce phénomène, joint à l'air d'indifférence qu'exprimait sa physionomie, porta notre attention du côté du cerveau.

Les jours suivans, cette maladie, qui d'abord était restée bénigne, s'accompagna des accidens nerveux les plus prononcés et les plus graves. Le délire, la paralysie partielle des muscles labiaux, la contraction douloureuse des muscles d'un côté du cou, fixèrent surtout notre attention.

Pendant que ces phénomènes se développèrent, le pouls s'accéléra; la langue conserva l'aspect le plus naturel.

Dans ce cas, un traitement antiphlogistique des plus actifs fut mis en usage. Pendant les trois jours que le malade resta à l'hôpital, la veine fut ouverte deux fois, et soixante-dix sangsues furent appliquées au cou. Cependant des symptômes de plus en plus graves ne survinrent pas moins chaque jour, et nous noterons même, au moins comme une simple coïncidence, que ce fut immédiatement après l'application des dernières sangsues que commença l'agonie. La perte de sang eut-elle sa part dans les symptômes qui apparurent pendant les dernières heures de la vie? Nous serions très portés à le penser.

Xe OBSERVATION.

Infiltration lactescente de la pie-mère de la surface supérieure des hémisphères cérébraux. Sérosité trouble dans la grande cavité de l'arachnoïde. Suppuration de la glande pituitaire. Végétations sur les valvules aortiques avec production de matière encéphaloïde à leur base. Délire. Accélération de la respiration. Pleurosthotonos.

Un scieur de long, âgé de 64 ans, fut apporté à l'hôpital de la Charité le 27 mai 1820. Ceux qui l'amenèrent dirent seulement qu'il était malade depuis quatorze jours; ils ne donnèrent aucun autre renseignement.

Le lendemain, 28 mai, il nous présenta l'état suivant :

Face très pâle, abattue; décubitus sur le dos; œdème autour des malléoles; délire; plaintes continuelles; voix tremblante, incertaine; respiration haute, accélérée, très pénible, comme si un obstacle s'opposait à la libre entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires; cependant l'auscultation ne révèle aucune lésion dans le parenchyme pulmonaire. Partout l'air paraît y pénétrer librement. Le pouls contraste, par sa grande petitesse, avec l'énergie des battemens du cœur; ces battemens sont accompagnés d'un bruit de soufflet très prononcé. La langue a un aspect naturel; le ventre est souple (*tisanes délayantes; sinapismes*).

Le 29, tout le corps était fortement incliné à droite; les muscles du cou et ceux du tronc du même côté, spasmodiquement contractés, empêchaient de ramener la tête et le cou dans la position droite, encore moins pouvait-on les faire dévier à gauche. A ces symptômes de *pleurosthotonos* se joignaient du délire, une grande dyspnée, une extrême fré-

quence du pouls qui était en même temps filiforme. Mort à midi.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Cadavre parvenu au dernier degré du marasme. Œdème des membres inférieurs.

Crâne. La grande cavité de l'arachnoïde contenait une quantité assez notable de sérosité lactescente. La pie-mère qui tapisse les surfaces supérieure et latérale des hémisphères cérébraux était infiltrée par un liquide semblable à une crême épaisse.

La selle turcique ne présentait plus aucune trace de la glande pituitaire; à sa place existait une collection de pus, semblable au pus d'un phlegmon.

Le reste du cerveau et la moelle épinière ne présentèrent rien autre chose à noter.

Thorax. Etat sain des poumons et des plèvres; un peu de sérosité dans le péricarde; cavités droites du cœur distendues par un énorme caillot de sang.

L'une des valvules aortiques portait sur sa face ventriculaire une végétation grisâtre, comme chagrinée, et que le scalpel détachait facilement du tissu sur lequel elle reposait. Une autre valvule aortique avait entièrement perdu son aspect accoutumé. Elle était transformée en une masse rougeâtre, amorphe, et vers son point d'union avec la membrane interne des vaisseaux, celle-ci présentait une fluctuation évidente. Une légère incision fut pratiquée sur le point où existait cette fluctuation, et l'on vit s'échapper entre les lèvres de l'incision une matière couleur chocolat, de consistance de bouillie, semblable à un mélange de sang et de matière

cérébrale. Etait-ce là un produit de sécrétion morbide? N'était-ce pas plutôt du sang épanché et altéré?

Abdomen. L'estomac, resserré sur lui-même, égalait à peine le volume du cœcum; sa surface interne était légèrement injectée. Cette même injection reparaissait dans le gros intestin.

Quelque incomplète que soit cette observation sous le rapport des symptômes, en raison de l'époque avancée à laquelle nous vîmes le malade pour la première fois, elle nous a paru digne d'intérêt à plus d'un égard.

Ici les méninges sont plus gravement affectées que dans aucun des cas précédens. D'abord elles sont malades dans une beaucoup plus grande étendue, et de plus il n'y a pas seulement dans ce cas simple hypérémie, mais encore sécrétion d'une matière puriforme sur les deux faces de l'arachnoïde. Ce n'est pas tout : avec ces lésions des membranes du cerveau (lésions encore bornées à la partie de ces membranes qui recouvre sa face supérieure), on trouve une altération dont, à notre connaissance, les annales de la science ne présentent pas d'exemple; c'est un état de suppuration complète de la glande pituitaire (1).

Les symptômes que présenta le malade la première fois que nous le vîmes, étaient ceux qui accompagnent ordinairement la méningite de la convexité des hémisphères. Mais à quelle lésion rapporter le pleurosthotonos du dernier jour? Pourquoi cette contraction permanente et douloureuse des muscles d'un seul côté, tandis qu'à droite et à gauche la lé-

---

(1) Un cas de cancer du corps pituitaire a été publié par M. Rayer.

sion des méninges était la même ? Rapportera-t-on ce tétanos latéral à l'affection de la glande pituitaire? Mais ici la même difficulté se représente, et d'ailleurs nul doute que cette affection n'ait commencé long-temps avant l'apparition du pleurosthotonos.

Aucun symptôme spécial n'annonça donc la suppuration du corps pituitaire. Toutefois nous noterons, comme ayant coïncidé avec elle, une gêne notable de la respiration que n'explique aucune lésion des voies aériennes, mais qui reconnaissait peut-être comme principale cause l'altération remarquable qui avait frappé deux des valvules sigmoïdes de l'aorte. Il est vraisemblable que cette altération fut la cause du bruit de soufflet qui accompagnait pendant la vie chaque contraction du cœur.

XIe OBSERVATION.

Infiltration purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la surface supérieure et interne des deux hémisphères cérébraux. Injection vive et circonscrite à la partie latérale moyenne de l'hémisphère gauche. Tubercule dans le cerveau. Céphalalgie ; hémiplégie droite ; assoupissement ; vomissement; rareté du pouls.

Un garçon limonadier, âgé de 17 ans, ressentait depuis quinze jours de fortes douleurs de tête, et éprouvait depuis deux jours seulement un commencement d'affaiblissement du membre abdominal droit, lorsqu'il entra à la Charité, le 24 juillet 1822. Son état était alors le suivant :

Face très pâle, légèrement bouffie. Pupilles mobiles, n'étant ni contractées ni dilatées outre mesure. Vision intacte. Intelligence nette. Parole libre. Le membre abdominal droit paraît au malade beaucoup plus lourd que le gauche. De-

puis la nuit dernière seulement, il ne peut qu'avec beaucoup de peine soulever le membre thoracique droit, et il lui semble aussi qu'il est plus pesant que l'autre. Sans ces deux membres, d'ailleurs, la sensibilité est intacte. La douleur de tête est très vive, et arrache de temps en temps des cris au malade. Le pouls est irrégulier, mais sans fréquence. La respiration est haute, et chaque mouvement inspirateur est séparé de l'autre par des intervalles inégaux. La langue a un aspect naturel; il n'y a pas de diarrhée, et le ventre est indolent (*vingt sangsues derrière chaque oreille; sinapismes aux jambes; tisane d'orge.*)

Peu d'heures après la visite, le malade tomba dans un état d'assoupissement profond.

Le lendemain matin 25 juillet, le coma de la veille a disparu; l'intelligence est parfaite; les réponses sont nettes et précises; la douleur de tête persiste, la paralysie du côté droit a augmenté. Le pouls très irrégulier bat à peine 50 fois par minute. Deux ou trois vomissemens de matière verte et amère ont eu lieu pendant la nuit; la langue n'a pas changé d'aspect (*trente sangsues au cou; deux vésicatoires aux jambes*).

Dans la journée, même état que le matin. Quelques vomissemens ont encore lieu. Mais le soir, le malade s'assoupit de nouveau, et à la visite du 26, nous le trouvons plongé dans l'état comateux le plus profond; toutefois la face exprime la douleur, quand on pince les membres. Le pouls conserve sa lenteur et sa grande irrégularité; la peau est sans chaleur, et moite (*un vésicatoire à la nuque.*)

Le 27, les yeux sont ouverts, mais immobiles; la vision paraît perdue; le malade ne semble rien entendre, et il n'articule aucune parole. Le pouls n'a pas pris de fréquence.

(*frictions stimulantes sur les membres; glace sur la tête; sinapismes aux jambes*).

Le 28, les symptômes cérébraux sont les mêmes; le pouls a pris de la fréquence (96 pulsations).

Le 29, d'autres symptômes existent : les yeux et la face sont le siége de petits mouvemens convulsifs qui se répètent à de courts intervalles. Le malade n'est plus assoupi comme les jours précédens : il regarde ceux qui l'interrogent sans leur répondre; il distingue bien les objets, se plaint beaucoup, il retire un peu le bras droit, lorsqu'on le pince; soulevé, ce bras retombe comme une masse inerte; au contraire, le malade tient sans effort le bras gauche élevé. Le pouls bat 80 fois par minute; la respiration est proportionnellement beaucoup plus accélérée que la circulation. La langue est humide et blanchâtre (*continuation de la glace sur la tête*).

Le 30, l'intelligence est revenue; le malade répond, entend et voit bien. Le pouls bat 92 fois par minute, et la respiration est toujours accélérée; la paralysie du côté droit persiste.

Le 31, le malade, dont l'état depuis deux jours s'était si notablement amélioré, est retombé dans un état comateux pareil à celui du 25 juillet. Dans la journée, la respiration devient râlante, elle s'accélère de plus en plus, et le malade meurt comme asphyxié au commencement de la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. La pie-mère qui tapisse la surface supérieure des deux hémisphères est infiltrée d'une couche purulente épaisse; l'arachnoïde elle-même paraît intacte. A gauche,

au-dessous de la pie-mère, près de la grande scissure interlobaire, plusieurs circonvolutions présentent une assez vive injection; quelques unes offrent même une teinte rouge uniforme. Le tissu des circonvolutions n'est d'ailleurs ni plus mou, ni plus consistant que de coutume. En dehors du ventricule latéral gauche, au niveau de la cavité ancyroïde, la substance cérébrale contient un tubercule du volume d'un gros pois, sans ramollissement ni aucune autre lésion de la substance cérébrale autour de lui; il est développé au milieu d'un amas de substance grise. Les ventricules ne contiennent qu'une fort petite quantité de sérosité limpide. Le reste des centres nerveux n'offre rien de remarquable.

De nombreux tubercules existent dans les deux poumons. Les viscères abdominaux sont dans l'état normal.

Cette maladie se distingue de celles qui sont le sujet des observations précédentes par la nature de l'altération des méninges; elles n'étaient plus seulement injectées, elles étaient encore le siége d'une sécrétion de pus; et ici, comme dans les autres cas, la pie-mère n'était non plus affectée que dans la portion qui correspond aux régions supérieure et interne des hémisphères cérébraux. Ici cependant nous trouvons de nouveaux symptômes : un des plus frappans sans doute est la paralysie d'un des côtés du corps, paralysie qui commence à se montrer dès les premiers jours de la maladie, et qui ensuite va sans cesse en augmentant. Ne semblait-elle pas annoncer que l'hémisphère gauche du cerveau était soumis à une compression quelconque, et toutefois rien de semblable n'existait. La couche purulente interposée entre l'arachnoïde et la substance cérébrale n'était pas

plus abondante d'un eôté que de l'autre ; à gauehe seulement quelques cireonvolutions avaient partieipé à l'irritation des membranes ; elles étaient vivement injeetées : était-ee là la eause de la paralysie qui, d'abord légère, ineomplète, et bornée au membre thoraeique droit, devint peu à peu complète, et s'étendit au membre abdominal du même eôté? Si telle fut la eause de la paralysie, pourquoi ne fut-elle pas préeédée d'un état de eontraeture des membres, ainsi que eela a lieu souvent dans la première période des phlegmasies de la pulpe eérébrale?

A côté de ee symptôme permanent, si je puis ainsi dire, nous en trouvons d'autres qui furent remarquables par la manière dont ils se montrèrent et disparurent tour à tour : ainsi plusieurs fois l'intelligence se troubla, plusieurs fois aussi elle reprit toute son intégrité ; la veille même de la mort, eette fonction s'aeeomplissait parfaitement ; alors eependant existaient bien probablement dans la pie-mère les lésions que nous y constatâmes le lendemain. Plusieurs fois également le malade tomba dans un état eomateux, que l'on regarde eomme appartenant à l'inflammation des méninges qui tapissent la faee inférieure du eerveau ; et ee eoma fut mobile comme le délire. A une certaine époque de la maladie, la vue se perdit, puis un peu plus tard la faculté de voir reparut. N'est-il pas singulier que ees divers désordres fonetionnels ne se montrent en quelque sorte que d'une manière fugitive, bien que les lésions qui les eausent soit permanentes? Sans doute en pareil eas il faut admettre que l'existenee de tous ees symptômes dépend moins des membranes cérébrales elles-mêmes, que de la manière dont, aux diverses périodes de la maladie, la pulpe eérébrale est affeetée par l'irritation des membranes qui l'enveloppent. Ainsi, dans la périeardite,

les symptômes ne sont si variables, si mobiles, et souvent aussi si fugitifs, que parce que le cœur, chez tous les individus, ou chez un même individu, pendant tout le cours de la maladie, ressent diversement l'irritation de sa membrane d'enveloppe.

Chez ce sujet encore, nous retrouvons comme phénomène de début une forte céphalalgie.

D'abord le pouls ne s'accéléra pas, et un jour même nous trouvâmes ses battemens notablement plus rares que dans l'état normal; en même temps il était irrégulier. Ce ne fut que vers la fin qu'il acquit une certaine fréquence; et encore celle-ci ne fut-elle jamais très considérable; elle n'atteignit pas 100 pulsations par minute; son maximum fut 96; après s'être élevé à ce degré, elle baissa à 92, puis à 80, et malgré ce retour du pouls à un état presque normal, nous n'en vîmes pas moins les autres symptômes s'aggraver de plus en plus.

Au milieu de tout ce désordre, les fonctions digestives ne présentèrent d'autre trouble que des vomissemens passagers, et après la mort le tube gastro-intestinal se montra exempt de toute lésion appréciable.

Aucune altération du parenchyme pulmonaire, non plus que de ses enveloppes, n'expliqua le trouble de la respiration, qui tantôt fut remarquable par son accélération beaucoup plus grande que celle de la circulation, et tantôt présenta une singulière inégalité dans la succession de chacun de ses temps. Les désordres de la fonction respiratoire étaient donc, comme les vomissemens dont nous venons de parler, sous la dépendance de l'affection cérébrale.

XIIe OBSERVATION.

Abus des liqueurs alcooliques. Pleuropneumonie au début. Délire fébrile. Emploi de l'opium à haute dose. Infiltration purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères.

Un cocher de cabriolet des environs de Paris, âgé de 48 ans, d'unc très forte constitution, faisait depuis long-temps abus de liqueurs alcooliques; au rapport de ceux qui l'amenèrent, il ne passait guère de jour sans s'énivrer. Reçu à la Charité le 25 septembre, il se plaignit alors d'une douleur au-dessous du téton gauche; en arrière et en bas de ce côté, on entendait un râle crépitant très prononcé, et, dans cette même étenduc le son était mat. Le malade toussait fréquemment, il expectorait des crachats transparens, visqueux et légèrement rouillés. Il avait beaucoup de fièvre. Trois jours auparavant, cet individu, bien portant jusqu'alors, avait été pris d'un violent frisson; puis le point de côté, l'oppression et la toux s'étaient manifestés. Ces symptômes de pleuropneumonie furent combattus par une saignée du bras de seize onces, et l'application de vingt sangsues au côté, qui fut faite immédiatement après l'ouverture de la veine. Le sang, tiré de la veine, se rassembla en un caillot couenneux.

Le lendemain 26, le point de côté avait disparu, la teinte rouillée des crachats n'existait plus; il y avait une amélioration évidente (*boissons émollientes*).

Dans la nuit du 26 au 27, le malade fut pris tout à coup de délire. Dans la matinée du 27, l'intelligence nous parut encore troublée; le malade parlait beaucoup; il se livrait à de violens emportemens de colère, dès qu'on voulait le per-

cuter ou l'ausculter. Les symptômes généraux de pleuro-pneumonie n'existaient plus ; la fièvre persistait ; il n'y avait aucun trouble notable du côté des voies digestives. Une saignée de douze onces fut pratiquée; elle se montra couenneuse comme la première.

Le reste du jour et toute la nuit, le délire devint complet.

Dans la matinée du 28, une idée fixe occupait le malade ; il se croyait sur le siége de sa voiture ; il excitait continuellement son cheval, persuadé qu'il conduisait des voyageurs à Versailles (*trente sangsues au cou*).

Les piqûres de sangsues donnèrent beaucoup de sang. Cependant le délire ne présenta aucune diminution ; il ne fut pas plus modifié par des sinapismes qui dans la soireé furent appliqués aux jambes.

A la visite du 29, le malade conservait la même idée fixe. Les muscles de la face et des membres supérieurs étaient agités de temps en temps de légers mouvemens convulsifs. Le pouls était petit, de fréquence médiocre ; la langue conservait son aspect naturel.

Guidés à la fois et par l'ensemble des symptômes qui existaient, et par la considération de la cause qui depuis longtemps exerçait son influence sur cet individu (abus des liqueurs alcooliques), nous nous demandâmes si l'affection que nous observions n'était pas celle décrite sous le nom de delirium tremens, ou delirium ebriositatis (encéphalopathie crapuleuse de Léveillé) les émissions sanguines, les révulsifs, avaient été inutiles. Nous tentâmes l'emploi des opiacés à haute dose. Dans la journée du 29, 96 gouttes de laudanum de Rousseau furent données en deux doses dans trois onces de potion gommeuse. Le malade prit la première dose (48 gouttes), sans en ressentir d'effet sensible, soit en bien,

soit en mal. Deux heures après, il prit les 48 autres gouttes, et il ne tarda pas à s'endormir. Il dormit d'un sommeil paisible jusqu'au lendemain matin. Éveillé à l'heure de la visite, il répondit nettement aux questions qui lui furent adressées, reconnut bien où il était, puis il s'endormit de nouveau; il se réveilla dans l'après midi, jouissant de toute la plénitude de sa raison.

Dans la matinée du 1er octobre, son intelligence était parfaitement nette; la face était rouge, le pouls fréquent, la peau chaude. L'auscultation de la poitrine, pratiquée de nouveau, fit entendre du râle crépitant à gauche en arrière; cette persistance de l'engouement pulmonaire pouvait expliquer la persistance de la fièvre. On suspendit l'administration de l'opium, qui avait produit sur les désordres cérébraux tout l'effet qu'on s'en était promis (*tisanes délayantes; deux bouillons*).

Le 2 octobre, la respiration paraissait libre; la toux était rare, le pouls à peine fréquent. La position du malade dans son lit était excellente. La langue avait son aspect naturel, et le ventre toute sa souplesse.

Le 3 octobre, l'état du malade était dans la matinée aussi satisfaisant que la veille; cependant, en appliquant l'oreille sur la partie postérieure gauche du thorax, on entendait toujours en ce point du râle crépitant.

Dans la soirée, sans cause connue, la fièvre devint très forte.

Le 4 au matin, le pouls était fréquent, et concentré, les idées n'avaient plus leur lucidité accoutumée; le délire menaçait de reparaître. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes.

Dans la journée, toute tendance au délire disparut, et

en même temps le pouls perdit en grande partie sa fréquence.

Les trois jours suivans, l'intelligence resta nette. Le râle crépitant fut peu à peu remplacé par le bruit normal d'expansion pulmonaire; la fièvre cessa entièrement, et le malade fut considéré comme convalescent.

On regardait cet individu comme assez bien pour devoir quitter très prochainement l'hôpital, lorsque, le 9 octobre, son intelligence commença de nouveau à se troubler; du 9 au 16, il resta dans une sorte d'état mixte entre la raison parfaite et le délire; le pouls reprit une légère fréquence. Une potion fut prescrite, composée de quatre onces d'eau distillée de tilleul, d'une once de sirop d'œillet, et d'un scrupule de laudanum; deux vésicatoires furent appliqués aux cuisses, des sinapismes mitigés furent promenés sur les extrémités inférieures. Aucune amélioration ne suivit l'emploi de ces moyens. Loin de là, le 17, le 18, et le 19, le délire devint complet, et un vésicatoire, appliqué le 19 à la nuque, n'exerça sur lui aucune influence. Le 20, la langue perdit pour la première fois son aspect naturel; elle rougit et se sécha légèrement.

Les sept jours suivans, délire continuel, prostration de plus en plus grande; langue sèche et brune, selles involontaires; pouls fréquent, misérable; amaigrissement rapide de la face. Mort le 27 octobre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Un liquide trouble, comme lactescent, infiltrait en quantité notable le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères. Les ventricules latéraux ne contenaient qu'une petite quantité de sérosité limpide. Aucune

autre lésion appréciable n'existait dans les centres nerveux.

Thorax. Des brides celluleuses unissaient intimement les plèvres costale et pulmonaire du côté gauche. Une grande quantité de sérosité spumeuse incolore ruisselait du tissu des deux poumons. Ce tissu conservait l'impression du doigt, comme un membre œdématié. Le péricarde adhérait intimement au cœur dans toute son étendue. Cette adhérence, constituée par un tissu cellulaire dense et serré, avait eu lieu certainement à une époque antérieure à celle du séjour du malade à la Charité.

Abdomen. L'estomac, dilaté dans sa portion splénique, n'avait plus que le volume d'une anse d'intestin grêle dans sa portion pylorique. Dans toute l'étendue du grand cul-de-sac, la surface interne de l'estomac présentait une couleur brunâtre qui résidait dans la membrane muqueuse; dans la portion pylorique, cette membrane était blanche; elle avait partout une bonne consistance. Le reste du tube digestif était blanc, et exempt de toute altération appréciable.

La rate était très volumineuse, et d'une fermeté médiocre.

L'observation qu'on vient de lire nous semble digne d'intérêt sous plus d'un rapport. A l'époque où le malade entra à l'hôpital, il avait tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie, moins les crachats qui n'avaient aucun caractère (1). Combattue par un traitement antiphlogistique énergique, cette inflammation s'amenda rapidement, et bientôt il ne

(1) Nous avons cité dans un autre volume de cet ouvrage plusieurs cas de pneumonies qui n'étaient annoncées non plus par aucune expectoration caractéristique.

resta plus d'autre trace de son existence que le râle crépitant que l'on continua à entendre dans toute la partie postérieure gauche du thorax. Mais en même temps, apparurent d'autres symptômes, et tout à coup survint un délire, contre lequel échouèrent et une saignée du bras, et trente sangsues appliquées au cou, et des révulsifs portés sur les extrémités inférieures.

Dans cet état de choses, avec ce délire intense, et pendant qu'une forte fièvre existait, près de cent gouttes de laudanum de Rousseau furent administrées au malade en deux doses. Pour justifier cette médication, on pouvait invoquer le succès avec lequel les préparations opiacées données à haute dose, avaient plus d'une fois combattu un délire survenu aussi brusquement, pendant le cours d'une maladie quelconque, chez les individus adonnés aux liqueurs alcooliques, et dans ce dernier cas se trouvait notre malade. Un changement si subit suivit chez lui l'administration du laudanum, qu'il nous semble au moins probable que ce changement fut dû au remède mis en usage. Le malade tomba dans un sommeil des plus calmes, qui ne ressemblait en aucune façon à un état comateux, et il se réveilla ayant toute sa raison. Avec le délire, la fièvre avait disparu. Pendant quelques jours, le malade resta dans un état des plus satisfaisans; on le regardait comme en pleine convalescence; un seul jour seulement, le pouls s'accéléra un peu, et l'intelligence se troubla légèrement. Mais ce retour momentané d'accidens avait à peine fixé l'attention, et l'on croyait à une guérison assurée, lorsque, de nouveau, et sans cause connue, le délire revint avec violence, et la fièvre avec lui. Les bons effets qu'une première fois on avait retirés de l'opium nous engagèrent à revenir à son emploi; mais il ne fut donné qu'à une dose beaucoup plus

faible; et, soit que cette dose n'eut pas été assez considérable, soit que cette fois les désordres fonctionnels du cerveau tinssent à une cause dont il n'était pas donné aux opiacés de triompher, les symptômes cérébraux prirent une gravité de plus en plus grande, et, sept jours après leur réapparition, le malade succomba.

Ce fut très vraisemblablement pendant les sept jours que dura cette rechute, que se forma dans les méninges l'altération dont l'autopsie nous révéla l'existence. L'infiltration lactescente de la pie-mère était le résultat évident d'un état inflammatoire de cette membrane. Etait-elle déjà enflammée, lorsqu'une première fois le délire cessa si heureusement, à la suite de l'administration de plus d'un gros de laudanum! comment alors l'opium aurait-il eu le pouvoir de faire cesser une congestion sanguine des méninges, lui qui, donné à une certaine dose, a pour effet le plus ordinaire de déterminer au contraire une semblable congestion, ou qui du moins produit des symptômes qu'on explique par cette congestion?

Nous ne pouvons donc rien affirmer sur la nature de la lésion qui existait dans le cerveau ou dans ses enveloppes, lors de la première apparition du délire. Mais, pour que ce délire ait lieu, est-il nécessaire qu'il y ait congestion du cerveau ou de ses membranes enveloppantes? nous ne le pensons pas; car nous avons ouvert les cadavres de plusieurs individus morts avec le même ensemble de symptômes que l'individu qui fait le sujet de cette observation; et nous n'avons trouvé dans les centres nerveux et ailleurs ni congestion, ni rien qui pût nous rendre compte des désordres fonctionnels de ces centres. Nous citerons plus bas quelques cas de ce genre. Nous croyons qu'en pareille circonstance il survient dans la substance nerveuse une modification dont le signe ana-

tomique nous échappe, et qui précède soit la simple congestion sanguine, soit les diverses altérations de nutrition ou de sécrétion qui constituent les caractères anatomiques de l'encéphalite et de la méningite. Tant qu'il n'existe encore que cette modification inappréciable par l'anatomie, est-ce toujours par les saignées qu'il faut la combattre! ne peut-elle pas être attaquée avec plus d'avantage par d'autres moyens thérapeutiques! L'opium, nuisible une fois que la congestion sanguine s'est établie, ne peut-il pas alors être employé, et, administré chez un individu dont le cerveau n'est plus dans les conditions de l'état normal, ne perd-il pas même la faculté de produire cette congestion, tandis qu'il la déterminerait dans l'état sain! Voilà autant de questions que soulève tout naturellement l'observation précédente. Nous ne regardons pas comme invraisemblable que, si l'opium eût été administré la seconde fois à aussi haute dose que la première, dès le premier instant de la réapparition du délire, une seconde fois aussi les symptômes nerveux eussent disparu.

XIIIe OBSERVATION.

Kyste séreux développé dans la pie-mère. Sérosité trouble abondante dans cette membrane. Hémiplégie à l'âge de huit ans incomplètement dissipée à l'époque de la puberté. Atrophie et faiblesse des membres anciennement paralysés. Ulcère cancéreux de l'estomac.

Un graveur sur métaux, âgé de 72 ans, fut frappé, à l'âge de huit ans, d'une paralysie des membres du côté gauche, qui persista jusqu'à l'époque de la puberté; puis elle se dissipa peu à peu. Mais les membres de ce côté ont conservé, pendant le reste de la vie du malade, un volume beaucoup moindre, et ils sont manifestement plus faibles. Le

malade y éprouve habituellement une sensation de froid. Depuis quatre ans les digestions de cet individu s'étaient dérangées; il avait un dégoût complet pour toute espèce d'aliment; cependant il ne vomissait jamais. A l'époque où nous le vîmes pour la première fois, sa face présentait une teinte jaune-paille très prononcée; sa maigreur était extrême. Il rendait très bien compte de son état; il n'accusait aucune douleur de tête; il ne se plaignait que de la perte de ses forces, et de son défaut complet d'appétit. Le pouls était faible, sans fréquence. Ce malade s'affaiblit graduellement, et succomba sans présenter aucun nouveau symptôme.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Dernier degré du marasme. Même teinte de la face que pendant la vie.

Crâne. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères était infiltré d'une notable quantité de sérosité trouble; il n'offrait d'ailleurs aucune trace d'injection.

Après que les membranes eurent été enlevées, les circonvolutions des deux hémisphères restèrent sensiblement plus écartées que dans l'état ordinaire; elles paraissaient avoir été comme refoulées par la grande quantité de liquide qui remplissait les anfractuosités.

Près de la grande scissure interlobulaire, vers la partie moyenne environ de l'hémisphère droit, existait au milieu du tissu cellulaire sous-arachnoïdien un kyste séreux du volume d'une pomme d'api environ. Ce kyste avait déprimé au-dessous de lui la substance cérébrale, et il ne faisait aucune saillie au-dessus du niveau des méninges.

Chacun des ventricules latéraux contenait une demi-cuillerée à bouche de sérosité limpide.

Nulle part ailleurs, dans les centres nerveux ou autour d'eux, nous ne trouvâmes de lésion appréciable.

Thorax. Une énorme quantité de sérosité spumeuse et incolore s'écoula du poumon droit lorsqu'on l'incisa. Rien de semblable n'existait dans le poumon gauche.

Abdomen. L'estomac était caché par le foie et par le colon. Sa surface interne présentait à deux travers de doigt endeçà du pylore un ulcère arrondi, ayant environ cinq pouces de diamètre. Ses bords, d'un rouge livide, étaient constitués par la membrane muqueuse. Son fond offrait à nu la tunique celluleuse considérablement épaissie, criant sous le scalpel, squirreuse. En deux ou trois points du fond de cet ulcère, lés parois de l'estomac n'existaient plus, et là on voyait le pancréas à nu, uni à l'estomac par des brides celluleuses. Dans le reste de son étendue, la membrane muqueuse gastrique, ainsi que les tuniques subjacentes, parurent saines. Le pylore était sain et libre.

Le reste du canal intestinal et les autres viscères abdominaux n'offrirent rien de remarquable.

Le kyste séreux, développé dans la pie-mère, dont l'ouverture du cadavre nous révéla dans ce cas l'existence, était sans doute le résultat de la lésion qui, à l'âge de huit ans, avait déterminé chez cet individu une hémiplégie complète du côté gauche. Pendant tout le reste de sa carrière, il n'offrit d'autre indice d'une affection des centres nerveux que l'atrophie des membres qui autrefois avaient été paralysés, et une faiblesse plus grande de ces membres. D'ailleurs,

pas le moindre trouble d'intelligence, et cependant beaucoup de sérosité était interposée entre l'arachnoïde et la substance des circonvolutions; cette sérosité avait notablement distendu les anfractuosités, et bien rarement il nous est arrivé d'en trouver en aussi grande abondance; son aspect trouble, presque lactescent, indiquait d'ailleurs qu'elle n'avait point transudé après la mort. Sans doute la lenteur avec laquelle s'effectua cet épanchement séreux fut cause qu'il put arriver à ce degré, sans troubler en aucune façon les fonctions départies aux circonvolutions cérébrales. Dans l'observation suivante, nous allons retrouver à peu près les mêmes altérations, survenues également d'une manière lente, mais accompagnées de symptômes cérébraux plus prononcés. Ainsi toujours la même question se représente: Pourquoi cette diversité de symptômes avec des lésions en apparence identiques?

XIVe OBSERVATION.

Kystes séreux développés au nombre de cinq à six dans la pie-mère de la face supérieure du cerveau. Infiltration séreuse de cette membrane assez considérable pour distendre les anfractuosités. Perte graduelle de l'intelligence. Affaiblissement de la vue. Intégrité du mouvement et du sentiment. Entéro-colite chronique.

Une femme âgée de 35 ans entra à la Charité, pendant le cours de l'année 1820, dans l'état suivant:

Dernier degré du marasme; réponses incertaines, peu précises, aux questions qui lui sont adressées; perte complète du souvenir des choses passées; vue très faible; pupilles dilatées et immobiles; mouvemens des membres parfaitement

libres; sensibilité très bien conservée sur tous les points de la peau. Ceux qui l'amenèrent nous dirent que depuis deux ans cette femme avait perdu son intelligence ordinaire; il lui arrivait de temps en temps d'avoir des *absences*. Depuis six mois elle avait un abondant dévoiement. Cette femme mourut peu de jours après son entrée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Une notable quantité de sérosité limpide infiltre le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères; cette quantité est assez considérable pour séparer de plusieurs lignes l'arachnoïde de la substance même du cerveau. Cette même sérosité occupe les anfractuosités, les distend, et maintient les circonvolutions écartées les unes des autres. Quelques anfractuosités sont occupées non seulement par de la sérosité, mais par des kystes séreux qui ont tous à peu près le volume d'une petite noix. Chacun de ces kystes tient par un pédicule au tissu de la pie-mère. Aucune autre lésion appréciable n'existe dans les centres nerveux.

Vers la fin de l'intestin grêle, dans le cœcum, et au commencement du colon, la membrane muqueuse présente une teinte d'un brun noirâtre, et elle a au moins quatre fois son épaisseur accoutumée.

Cette observation ressemble beaucoup à la précédente sous le rapport des lésions anatomiques. Dans les deux cas, la pie-mère de la convexité des hémisphères cérébraux est infiltrée d'une grande quantité de sérosité, et des kystes séreux, développés dans cette membrane, compriment la sub-

stance cérébrale ; dans l'observation XIII, il n'existe qu'un de ces kystes ; dans l'observation XIV, nous en trouvons plusieurs, mais plus petits. Chez le sujet de l'observation XIII, c'est surtout la motilité qui est altérée ; l'intelligence reste intacte. Chez le sujet de l'observation XIV, au contraire, le mouvement n'est pas lésé ; mais peu à peu l'intelligence s'est affaiblie, et la faculté de voir a en même temps diminué. Faudra-t-il chercher, dans la différence d'intensité de compression à laquelle le cerveau fut soumis dans ces deux cas, la cause de la différence des symptômes ? Cette compression était plus générale, mais moins forte chez le sujet de l'observation XIV. Cependant voici un autre cas dans lequel la compression fut égale sur tous les points du cerveau, et où nous retrouvons une hémiplégie, comme dans l'observation XIII, bien qu'il n'existe aucune des lésions par lesquelles on cherche ordinairement à en expliquer l'existence ; seulement quelques granulations tuberculeuses existent plus abondantes à la surface de l'hémisphère du côté opposé à celui où avait lieu la paralysie.

XV[e] OBSERVATION (1).

Sérosité dans la pie-mère de la convexité des hémisphères. Granulations tuberculeuses dans cette membrane. Hémiplégie. Embarras de la langue. Tubercules pulmonaires.

Un phthisique, âgé de 30 ans environ, mourut à la Charité le 13 août 1824. Assez long-temps avant sa mort, il avait présenté une hémiplégie bornée au bras droit, et à la moitié correspondante de la face. En même temps sa langue était

(1) Recueillie par M. Gaudet

fortement embarrassée. Un séton fut placé à la nuque. L'intelligence resta intacte jusqu'au dernier moment.

A l'ouverture du cadavre, on trouva une grande quantité de sérosité épanchée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères ; l'arachnoïde, que soulevait cette sérosité, était opaque et avait une teinte laiteuse ; on ne la déchirait que difficilement. Le tissu de la pie-mère était parsemé d'un assez grand nombre de petits corps qui, par leur forme et leur volume, ressemblaient à la production qu'on désigne communément sous le nom de *tubercule miliaire*. Ces corps étaient d'un blanc jaunâtre, et d'une dureté comme cartilagineuse. Plusieurs adhéraient à la face cérébrale de l'arachnoïde. En se réunissant, ils formaient en quelques points de larges plaques jaunes, qui faisaient corps avec l'arachnoïde là où elles existaient, celle-ci paraissait avoir acquis plus d'épaisseur. La pie-mère était parsemée d'un grand nombre de vaisseaux gorgés de sang. Ces diverses altérations étaient beaucoup plus prononcées à gauche qu'à droite. Aucune lésion n'existait dans les autres points des centres nerveux.

Des tubercules, dont plusieurs transformés en cavernes, existaient dans les poumons.

CHAPITRE II.

MALADIES DES MÉNINGES DE LA FACE INFÉRIEURE DU CERVEAU.

Isolées de toute autre, ces maladies nous ont paru beaucoup plus rares que celles des méninges de la face supérieure. Nous n'en rapporterons ici que deux observations.

XVIe OBSERVATION.

Infiltration purulente de la pie-mère qui tapisse la face inférieure des hémisphères cérébraux. Sérosité trouble dans les fosses occipitales inférieures. Délire dans les premiers jours de la maladie; plus tard état comateux profond. Tubercules pulmonaires.

Un garçon tailleur, âgé de 27 ans, était à la Charité depuis trois semaines environ, et depuis ce temps il nous présentait tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire déjà fort avancée. Un matin nous fûmes frappés de l'incertitude de ses réponses; on l'eût pris pour un homme ivre. Les deux pupilles étaient fortement contractées, et un mouvement fébrile intense existait. Dans la journée il délira.

Le lendemain matin, nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Tête renversée en arrière, et ne pouvant être ramenée en avant sans que le malade jette des cris; regard fixe; pupilles toujours très contractées; réponse nulle aux questions; prononciation, par intervalles, de quelques mots qui n'ont pas de sens; légère écume à la bouche; dents serrées, comme si un trismus existait; plus de 120 pulsations artérielles par minute; peau brûlante.

Cet individu, affaibli par une maladie antécédente, et déjà parvenu à un degré avancé de marasme, ne fut pas saigné. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes.

Les quatre jours suivans, le renversement de la tête en arrière et le serrement des mâchoires disparurent. Les yeux restèrent continuellement fermés; lorsqu'on soulevait la paupière, il nous semblait que le malade ne voyait pas; les deux pupilles restaient contractées. Le malade paraissait comme plongé dans un profond sommeil; interrogé à haute voix, il ne répondait pas. Il retirait à peine les membres lorsqu'on en pinçait fortement la peau. Pendant ces quatre jours, le pouls n'eut qu'une médiocre fréquence, et la peau, peu chaude, resta presque constamment couverte d'une sueur abondante. La langue ne s'écarta jamais de son état naturel. Cependant le coma devint de plus en plus profond; la respiration s'embarrassa; du râle trachéal s'établit, et le malade succomba dans un état comme apoplectique.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La voûte du crâne étant enlevée, on ne trouva rien d'insolite à la surface supérieure du cerveau. Les méninges étaient pâles, et aucun liquide ne les infiltrait. Coupée par tranches jusqu'au niveau des ventricules, la substance cérébrale nous présenta partout sa consistance accoutumée, et nulle part elle ne nous offrit la moindre trace d'injection. Une quantité à peine appréciable de sérosité limpide existait dans chacun des ventricules latéraux; il n'y en avait non plus que quelques gouttes dans le troisième et dans le quatrième ventricule. Les parties blanches centrales étaient bien consistantes. Il n'y avait pas non plus de lésion appréciable, ni dans le cervelet, ni dans le mésocéphale.

Nous commencions à croire que nous ne trouverions dans l'encéphale aucune altération qui pût nous rendre compte des désordres fonctionnels dont cet organe avait été le siége pendant la vie, lorsqu'en soulevant le reste de la masse encéphalique pour l'enlever du crâne, nous trouvâmes toute la surface inférieure des hémisphères cérébraux recouverte par une couche épaisse d'un pus concret contenu dans la pie-mère; il y en avait surtout une grande quantité dans la scissure de Sylvius, et autour du chiasma des nerfs optiques. Cinq onces au moins de sérosité lactescente étaient épanchées entre le crâne et la face inférieure du cervelet.

De nombreux tubercules pulmonaires, dont plusieurs ramollis et transformés en cavernes, existaient dans les deux poumons.

Estomac sain; ulcérations dans les intestins.

D'après les symptômes, aurait-on pu dans ce cas annoncer pendant la vie que la maladie avait exclusivement son siége dans les méninges de la base du cerveau? Nous ne le pensons pas. Ces symptômes ne différaient guère, en effet, de ceux que nous avons vu exister chez d'autres individus dont les méninges de la face supérieure du cerveau étaient seules affectées. A la vérité, pendant les quatre derniers jours, ce qui prédomina, ce fut cet état comateux profond que MM. Parent du Châtelet et Martinet ont donné comme le signe qui caractérise spécialement les méningites de la base du cerveau. Mais d'une part nous avons vu, dans quelques-unes des observations précédentes, ce même coma survenir pendant le cours ou à la fin d'un certain nombre de méningites de la face supérieure du cerveau, et d'autre part, avant que, dans le cas

actuel, l'état comateux se prononçât et devint permanent, le malade avait présenté d'autres symptômes que nous avons également retrouvés dans les cas de méningite de la convexité des hémisphères. Ainsi il avait eu du délire, et le trouble de l'intelligence fut même le premier signe qui annonça chez ce phthisique l'invasion d'une affection cérébrale. Il offrit de plus, à un degré très marqué, quelques symptômes d'un commencement de tétanos. Mais ces symptômes sont encore du nombre de ceux qui se retrouvent dans bien des cas où la maladie n'a pas son siége dans les méninges de la base du cerveau, et où elle consiste en autre chose qu'en une infiltration purulente de ces méninges.

Le pouls, qui d'abord s'accéléra, ne présenta plus qu'une très légère fréquence, une fois que le coma se fût établi, et en même temps la peau perdit sa chaleur. Nous avons vu précédemment d'autres cas dans lesquels les pulsations artérielles furent lentes dès le commencement de la maladie.

Ferons-nous remarquer encore l'absence constante de toute céphalalgie? Dirons-nous qu'il n'y avait pas de douleur de tête, en raison du siége de la maladie? Mais nous avons vu cette céphalalgie manquer aussi complètement dans plusieurs des cas déjà cités, où les méninges de la convexité étaient affectées, et de plus nous allons voir dans le cas suivant une forte céphalalgie coïncider avec l'existence d'une méningite de la base.

Signalerons-nous aussi à l'attention du lecteur la contraction des pupilles, qui fut constante depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison? Mais ce phénomène ne pourrait être converti en signe, car dans des maladies cérébrales absolument semblables et par leur siége et par leur nature apparente, nous avons trouvé la pupille tantôt nota-

blement dilatée, tantôt fortement contractée, tantôt avec son diamètre ordinaire; d'autres fois elle était resserrée d'un côté, dilatée de l'autre; d'autres fois enfin elle présentait les plus rapides alternatives de contraction et d'agrandissement. De tant d'états divers, aucun ne nous a paru pouvoir se rattacher à quelque affection déterminée du cerveau ou de ses enveloppes.

Cette maladie fut de courte durée; six jours s'écoulèrent à peine entre son début et sa terminaison fatale. Sévissant sur un individu épuisé par une maladie chronique qui déjà l'avait frappé à mort, elle était par cela même beaucoup plus grave, soit en raison des fâcheuses conditions dans lesquelles elle trouvait l'économie, soit en raison des difficultés de la thérapeutique en pareil cas. Chez cet individu, déjà dans le marasme, des saignées eussent-elles été utiles? eussent-elles arrêté le développement de l'affection cérébrale? Nous en doutons; et d'autres faits nous porteraient même à établir que, loin de diminuer l'intensité de cette affection, une perte de sang l'aurait peut-être accrue. Nous pourrions en effet citer bien des cas dans lesquels, une phlegmasie intercurrente venant à frapper un individu déjà profondément débilité par une maladie chronique quelconque, des saignées pratiquées n'ont fait autre chose que produire dans l'économie un plus grand trouble, sans qu'il en résultât aucun amendement dans les symptômes mêmes de la phlegmasie. L'opportunité des émissions sanguines en pareille circonstance est bien difficile à saisir, et c'est là un des cas les plus délicats de la médecine pratique.

Du reste, parmi les phlegmasies intercurrentes qui viennent hâter la mort des phthisiques, la méningite aiguë est une de celles que nous avons le plus rarement observée.

Quelques phthisiques, à la vérité, sont pris de délire vingt-quatre ou quarante-huit heures avant leur mort. Mais aucun autre accident nerveux n'accompagne ce trouble de l'intelligence, et à l'ouverture du cadavre aucune lésion appréciable du cerveau ou de ses enveloppes n'explique le délire. Dans une des observations précédentes, nous avons vu un autre phthisique qui, dans les derniers temps de son existence, fut frappé d'hémiplégie, sans que son intelligence se troublât en aucune façon. Cet accident nous a paru être chez les phthisiques encore plus rare que le délire.

XVII[e] OBSERVATION.

Céphalalgie intense au début avec vomissement. Tendance au sommeil et à l'immobilité. Établissement graduel d'un coma de plus en plus profond. État normal des pupilles. Pouls constamment naturel. Infiltration purulente de la pie-mère de la base du cerveau et du cervelet.

Un homme de peine, d'un âge moyen, et fortement constitué, ne se plaignait d'autre chose que d'un violent mal de tête lorsqu'il entra à la Charité. Cette douleur avait commencé cinq ou six jours auparavant, et pendant les deux premiers jours de son existence, elle avait été accompagnée de vomissemens très pénibles. C'était, par les symptômes, une simple migraine que semblait d'abord avoir eue le malade. Les jours suivans, les vomissemens avaient cessé, mais la céphalalgie avait persisté; elle occupait habituellement les deux tempes, qui paraissaient au malade comme violemment serrées par un étau : par intervalles, il éprouvait, soit aux tempes, soit vers l'occipital, des élancemens très douloureux, et parfois toute la nuque devenait sensible, au point que momentanément le malade ne pouvait plus se remuer, et

qu'il présentait tous les symptômes du torticolis. Cependant cet individu avait continué à travailler, bien que le travail lui fût devenu à charge; il nous racontait que depuis l'invasion de son mal de tête il répugnait à se mouvoir, et que l'instant le plus heureux pour lui était celui où il pouvait rester dans un état parfait d'immobilité; il se sentait aussi très peu d'appétit; et ce qu'il mangeait, nous disait-il, ne lui donnait pas de force; depuis l'invasion de sa céphalalgie, il n'avait été qu'une seule fois à la selle.

Le 3 juillet, jour où nous le vîmes pour la première fois, il nous offrit l'état suivant :

Face pâle et abattue; regard incertain; yeux fort sensibles à une vive lumière; état naturel des pupilles; persistance de la céphalalgie, qui existe surtout vers les deux tempes; pas la moindre chaleur à la peau du front; mouvemens parfaitement libres; intelligence très nette; langue blanche et humide; ventre souple et indolent; pas de selle; pouls sans fréquence, et peau sans chaleur.

La persistance et l'intensité de la céphalalgie, voilà tout ce qu'on pouvait signaler comme de quelque importance chez ce malade; du reste, aucun organe ne paraissait gravement affecté : il n'y avait pas même le moindre trouble dans la circulation.

M. Lerminier prescrivit une saignée du bras d'une livre, des sinapismes aux jambes, un lavement fait avec une décoction de follicules de séné, la tisane d'orge et la diète.

Le sang, qui sortit de la veine par un large jet, se rassembla en un caillot mou, avec peu de sérosité, et sans la moindre apparence de couenne.

Dans la journée, la céphalalgie ne diminua pas; la nuit, elle fut plus intense que jamais.

Le lendemain matin, 4 juillet, le malade exprimait par des plaintes continuelles, et de temps en temps par des cris perçans, la douleur très vive dont sa tête était le siége : il lui semblait qu'on lui enfonçait la voûte du crâne à grands coups de marteau. Cependant la face était encore plus pâle que la veille; le front était frais, les pupilles conservaient leur aspect normal. L'intelligence n'était nullement troublée; la circulation n'était point accélérée : elle ne s'était pas non plus ralentie; le pouls était de force ordinaire et régulier; l'état de l'abdomen était le même que la veille.

Ainsi, depuis la saignée, la céphalalgie, loin de diminuer, s'était accrue : aucun autre changement n'avait eu lieu. Une seconde émission sanguine fut prescrite; mais cette fois ce fut au pied qu'on pratiqua la saignée : on ne put tirer qu'une médiocre quantité de sang; et, le soir, la céphalalgie persistait aussi intense que le matin.

Le 5 juillet, même état que le 4 : trente sangsues sont appliquées au cou; leurs piqûres coulent une grande partie de la journée.

Le 6, le mal de tête est moindre; mais le malade ne répond qu'assez difficilement aux questions : couché sur le dos, il s'y tient immobile; et il ressemble assez bien à un homme qui va s'endormir, ou dont les paupières appesanties luttent contre le sommeil. Cependant il a encore toute sa présence d'esprit; mais on dirait que c'est comme à regret et malgré lui qu'il consent encore à faire usage de son intelligence. La face est très pâle; les traits sont tirés et comme fatigués; le pouls est toujours sans fréquence, et la peau sans chaleur : deux vésicatoires sont appliqués aux jambes.

Le 7, le malade nous semble dormir d'un profond sommeil, au moment où nous approchons de son lit. Nous lui

parlons ; et d'abord il ne répond pas. Nous insistons ; et alors il ouvre lentement les yeux ; nous regarde sans nous répondre ; pousse un profond soupir ; ramène sa couverture sur ses épaules ; referme les yeux, et paraît de nouveau dormir. On lui demande de montrer la langue ; il la tire assez facilement hors de la bouche : elle est toujours blanche et humide. Lorsqu'on pince la peau des membres ou du tronc, le malade fait un mouvement brusque qui indique qu'il a conservé toute sa sensibilité. En soulevant les paupières, on voit les pupilles se contracter, comme de coutume, par l'impression de la lumière ; le pouls bat à peine 60 fois par minute ; la température de la peau n'est point élevée ; elle ne paraît pas être non plus au-dessous de son type normal ; les mouvemens respiratoires sont lents, et se succèdent avec la plus grande régularité ; le ventre conserve sa souplesse. Un nouveau vésicatoire est appliqué à la nuque ; de simples boissons délayantes sont données.

Le 8 et le 9, l'apparence de sommeil se change en un coma profond ; on ne peut plus obtenir du malade qu'il ouvre les yeux, même pour quelques secondes ; il ne paraît plus entendre le son même de la voix de ceux qui lui adressent des questions. Les pupilles continuent à n'être ni dilatées, ni contractées. Cependant le malade conserve encore de la sensibilité ; les membres se retirent, lorsqu'on en pince légèrement la peau : apyrexie comme les jours précédens. (*Sinapismes prononcés sur les extrémités inférieures, tisane d'orge.*)

Le 10, même coma, et de plus apparence complète d'insensibilité : vainement pince-t-on la peau assez fortement pour produire de petites ecchymoses ; le malade ne fait plus aucun mouvement, et il ne paraît plus percevoir la douleur. Cepen-

dant, au milieu de cet anéantissement des fonctions diverses de la vie de relation, qui nous rappelait l'état morbide décrit par les anciens auteurs sous le nom de léthargie, la vie organique demeurait intacte; le pouls ne battait ni plus vite, ni plus lentement que dans l'état de santé; une douce température était uniformément répandue sur toute la périphérie cutanée, et les mouvemens respiratoires avaient leur rhythme normal.

Le 11, coma de plus en plus profond; du reste même état.

Le 12, pour la première fois, la respiration paraît lésée : dans certains instans, elle s'accélère singulièrement; dans d'autres, elle se ralentit tellement, qu'il semble que le mouvement d'inspiration qui vient d'avoir lieu, ne sera plus suivi d'aucun autre. La circulation reste dans le même état que les jours précédens.

Le 13, la respiration présente une accélération continuelle : dans la journée elle devient de plus en plus gênée; le râle trachéal s'établit, et le malade succombe dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. On n'aperçoit rien d'insolite à la surface supérieure du cerveau; les méninges sont pâles, ainsi que les circonvolutions subjacentes; l'on arrive jusqu'au centre ovale de Vieussens, sans rencontrer dans la substance cérébrale aucune lésion appréciable. Dans les ventricules, il n'y a non plus aucune apparence morbide : ils contiennent à peine trois ou quatre cuillerées à café de sérosité limpide; les parties blanches centrales (corps calleux, septum lucidum, voûte à trois piliers) ont une bonne consistance : la substance grise qui unit l'une à l'autre les deux couches optiques est remarquable

par sa fermeté. Il n'y a rien de particulier dans les couches optiques, les corps striés, les cornes d'Ammon ; rien non plus dans la glande pinéale, les tubercules quadrijumeaux et le nécrocéphale. La valvule de Vieussens est ferme et résistante, comme la bandelette d'union des deux couches optiques ; le cervelet n'est nulle part, ni plus mou, ni plus dur, ni plus injecté que de coutume. Enfin l'on procède à l'examen de la face inférieure du cerveau et du cervelet ; et l'on trouve, dans toute son étendue, la pie-mère qui tapisse cette face infiltrée par une couche purulente qui a au moins sept à huit lignes d'épaisseur : au-dessous d'elle, la substance nerveuse ne paraît pas sensiblement altérée. Cette couche purulente n'existe ni à la face inférieure du mésocéphale, ni à celle du prolongement rachidien. La moelle épinière et ses enveloppes sont exemptes de toute lésion.

Thorax. Les poumons sont fortement engoués, comme les poumons des apoplectiques, ou des animaux qui succombent un certain temps après la section des nerfs pneumo-gastriques. Du reste, partout ils crépitent, et surnagent à l'eau : la trachée-artère et les bronches sont remplies d'une grande quantité de mucus spumeux, semblable à du blanc d'œuf battu.

Ses caillots assez consistans distendent les cavités droites du cœur : les cavités gauche sont vides. Rien de remarquable dans les vaisseaux, si ce n'est une assez vive rougeur de l'aorte. (L'ouverture du cadavre se faisait pendant un temps très chaud, et plus de vingt-quatre heures après la mort.)

Abdomen. La surface interne de l'estomac était blanche : dans le grand cul-de-sac seulement existaient un certain nombre de veines finement injectées. La consistance de la muqueuse n'a point été notée.

Dans l'intestin grêle nous ne remarquâmes autre chose qu'une injection légère (en arborisation) de quelques anses du jéjunum ; le cœcum était blanc, ainsi que le reste du gros intestin.

Le foie était pâle et de consistance ordinaire ; la rate avait un médiocre volume, et une assez grande fermeté. L'appareil urinaire n'offrit rien de remarquable.

Dans ce cas, et dans le précédent, les désordres dont l'ouverture du cadavre nous révéla l'existence, étaient de même nature et avaient le même siége. Cependant, combien dans ces deux cas, ne furent pas différens les symptômes ! Ici le premier phénomène qui apparut fut une céphalalgie accompagnée de vomissement : rien de semblable ne fut observé dans l'autre cas. Il semblait d'abord que le malade n'eût qu'une forte migraine. Le siége de cette céphalalgie était loin du lieu où l'autopsie nous montra des lésions. Lorsque le malade fut soumis à notre examen, il ne présentait encore aucun symptôme grave : dès cette époque, cependant, l'espèce d'inertie physique et morale vers laquelle, en quelque sorte, il gravitait sans cesse, cette diminution de forces dont il se plaignait, étaient autant de phénomènes qui devaient être pris en grande considération pour le diagnostic et le pronostic de la maladie. De nombreuses émissions sanguines furent pratiquées ; elles n'exercèrent sur le mal de tête aucune influence ; et ce fut peu de temps après qu'on eut commencé à y avoir recours, que, sans trouble antécédent de l'intelligence, le malade tomba par degré dans un coma qui devint chaque jour plus profond. Jusqu'à la fin, et au milieu de ces graves désordres de la vie de relation, le pouls resta

constamment naturel ; et cependant la sécrétion purulente dont les méninges nous offrirent des traces sur le cadavre, ne permettait pas de douter qu'il n'y eût eu autour du cerveau ce qu'on appelle un travail inflammatoire. La respiration ne se troubla que tout-à-fait dans les derniers temps ; et la mort fut le résultat immédiat du désordre de cette fonction. Quant à la digestion, elle ne fut que sympathiquement troublée, et encore ce trouble fut-il très léger. Ainsi les vomissemens qui, au commencement de la maladie, se montrèrent en même temps que le mal de tête, nous parurent être de même nature que ceux qui accompagnent si fréquemment l'hydrocéphale aiguë des enfans : comme ceux-ci, ils dépendaient du désordre des centres nerveux. L'anorexie dont se plaignait le malade, lors de son entrée à l'hôpital, n'était pas sans doute un signe suffisant d'irritation gastrique. La constipation qui exista constamment chez lui est un phénomène fort ordinaire, dans tous les cas où il y a affection du cerveau. Quant à la langue, elle resta toujours humide et d'un aspect à peu près naturel.

CHAPITRE III.

MALADIES DES MÉNINGES QUI TAPISSENT LES PAROIS DES VENTRICULES CÉRÉBRAUX.

La toile cellulo-vasculaire qui s'étend sur les parois des ventricules latéraux n'est pas visible dans l'état ordinaire ; mais elle peut le devenir dans quelques cas pathologiques. Sur ces parois se dessinent parfois un certain nombre de veines remplies de sang, et d'un gros calibre. Il nous a paru que cet engorgement veineux coïncidait assez souvent avec un amas plus ou moins considérable de sérosité limpide dans les cavités ventriculaires. Nous n'avons jamais observé à la surface des parois de ces cavités une injection fine, semblable à celle qu'offre souvent la pie-mère qui se développe autour du cerveau. Dans plus d'un cas, nous avons trouvé à l'intérieur des ventricules, soit de la sérosité limpide en grande quantité, soit même un liquide lactescent, du pus, des flocons membraniformes semblables à ceux du péritoine ou de la plèvre ; et dans ces cas divers, où existait au sein des ventricules une si remarquable altération de sécrétion, la membrane qui avait fourni le liquide morbide ne présentait elle-même aucune altération appréciable.

Il est fort rare, d'ailleurs, de rencontrer isolément ces méningites ventriculaires dont nous venons de parler ; le plus souvent elles existent en même temps qu'une méningite de la base ou de la convexité du cerveau ; et leurs symptômes se confondent avec les symptômes produits par l'inflammation des méninges des autres parties de l'encéphale. Nous croyons

donc utile de citer les cas suivans comme des exemples peu communs d'affections isolées de la méninge des ventricules.

XVIII[e] OBSERVATION.

Épanchement séro-purulent dans les ventricules cérébraux. Cystite. Violente céphalalgie au début; plus tard délire; coma; langue sèche; rétention des urines, qui nécessite l'emploi répété de la sonde.

Un homme âgé de 29 ans, salpêtrier, à Paris depuis huit mois, jouissant habituellement d'une bonne santé, se nourrissant bien, ne s'étant livré à aucun excès, et n'ayant non plus éprouvé aucune privation, avait travaillé comme à son ordinaire toute la journée du 20 décembre; et la nuit du 20 au 21 il avait bien dormi. Le matin 21, il se réveilla avec une forte céphalalgie sus-orbitaire; en même temps sentiment d'une grande lassitude, brisement des membres, anorexie. Cet état de malaise général persista les jours suivans. Le malade était surtout tourmenté par son mal de tête; cependant il continua à travailler jusqu'au 27 décembre : alors se sentant de plus en plus faible et fatigué, il s'alita; la céphalalgie persistait; une assez vive douleur épigastrique était survenue. Du 27 décembre au 31 du même mois, le malade ne fit autre chose que garder le lit, observer la diète, et boire de l'eau sucrée. Entré à la Charité le 31 décembre, il offrit le lendemain matin l'état suivant :

Face pâle, traits tirés et comme fatigués, paupières appesanties, air de stupeur, violente céphalalgie se faisant surtout sentir au front, et s'étendant par intervalle au reste de la tête, où elle n'est jamais aussi forte qu'à la région frontale; mouvemens libres; forces musculaires encore assez bien conservées, langue rouge et sèche, soif médiocre, dégoût pour

toute espèce d'aliment, légère douleur à l'épigastre, constipation, pouls fréquent et assez développé, peau chaude et sèche, tumeur à l'hypogastre formée par la vessie pleine d'urine. (*Saignée de deux palettes, un vésicatoire à une jambe, lavement de décoction de racines de guimauve avec addition d'une demi-once de follicules de séné dans la décoction; tisane d'orge.*)

Le lendemain matin, 2 janvier, l'état du malade était à peu près le même. Le sommeil avait été agité par des rêves : aucune selle n'avait eu lieu; le sang tiré la veille présentait un caillot mou, sans couenne. (*Tisane d'orge avec oxymel, lavement de guimauve, diète.*)

Le 3 janvier, la prostration était plus considérable; l'air de stupeur était plus prononcé; les réponses était lentes et pénibles. Le malade se plaignait toujours d'une grande céphalalgie; la paralysie de vessie persistait : on était obligé de le sonder plusieurs fois par jour. La langue s'était humectée; la pression abdominale faisait naître une légère douleur, qui pouvait dépendre de la distension de la vessie; la constipation persistait; le pouls conservait sa fréquence et son développement. (*Seize sangsues au cou, douze grains de poudre de Dower, lavement purgatif.*)

Le 4, aucun amendement n'avait eu lieu. La peau avait conservé son aridité; la langue était rouge, et tendait de nouveau à se sécher; le lavement n'avait procuré aucune selle : une énorme quantité d'urine distendait la vessie. On fit une seconde application de sangsues au cou : douze grains de poudre de Dower furent encore administrés. On prescrivit la limonade minérale; une addition de quelques cuillerées de vin.

Le 5, on supprima la poudre de Dower, à laquelle on at-

tribue une vertu diaphorétique qui avait ici complètement échoué : on continua l'usage de la limonade minérale, d'un peu de vin ; et l'on prescrivit en outre un pot de petit-lait avec addition de deux gros de crême de tartre.

Dans la soirée, le malade délira complètement.

Dans la matinée du 6, il faisait entendre des plaintes continuelles ; il disait n'avoir plus mal à la tête : l'air de stupeur était plus marqué que jamais ; la langue était rouge et sèche ; une selle avait eu lieu ; les urines toujours très abondantes ne s'écoulaient que par la sonde. (Même prescription.)

Le 7, vive douleur de tête ; langue sèche comme un morceau de parchemin ; pouls fréquent et assez fort ; peau sèche et brûlante. Le soir, délire.

Le 8, le malade était plongé dans un coma profond : ses yeux était fermés ; sa bouche restait entr'ouverte. Interrogé, il ne répondait pas ; lorsqu'on pressait l'abdomen, il poussait quelques plaintes ; lorsqu'on pinçait fortement la peau d'un des membres, il la retirait, et la face prenait une expression douloureuse. Les deux bras, soulevés, retombaient de leur propre poids, comme deux masses inertes ; la respiration était par moment haute, bruyante, accélérée ; puis elle se ralentissait, et les mouvemens respiratoires ne se succédaient plus qu'à de longs intervalles. On l'entendait pure, sans mélange d'aucun râle, dans tous les points de la poitrine ; et son intensité n'était nullement en rapport avec le soulèvement considérable des parois thoraciques. Le pouls battait 120 fois par minute ; ses pulsations se succédaient à des intervalles inégaux ; les tendons des muscles des avant-bras présentaient quelques soubresauts : beaucoup d'urine distendait la vessie, bien qu'une sonde y eût été introduite une heure auparavant.

Dans la journée, les traits de la face se décomposèrent rapidement; les intermittences de la respiration devinrent de plus en plus considérables; elle s'arrêta enfin tout-à-fait, et le malade succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Plusieurs veines qui rampent dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères étaient gorgés de sang. Il n'y avait rien autre chose de remarquable à la périphérie du cerveau.

La masse de substance cérébrale située au-dessus des ventricules avait sa consistance ordinaire; et sur ses tranches coupées on apercevait à peine quelques points rouges. Cette substance était toutefois comme poisseuse au toucher.

A peine eut-on incisé la paroi supérieure de chaque ventricule latéral, qu'on vit s'en écouler en grande quantité une sérosité lactescente, au milieu de laquelle nageaient quelques flocons albumineux. En touchant légèrement la paroi interne de chacun de ses ventricules, depuis la cavité ancyroïde, jusqu'à l'extrémité antérieure de leur portion inférieure, on trouvait dans l'espace d'une à deux lignes la substance cérébrale très molle, et paraissant comme diffluente sous le doigt qui la pressait : sa couleur n'avait subi aucune altération.

Les autres ventricules étaient vides.

Les parties blanches centrales du cerveau avaient conservé de la consistance.

Toutes les autres parties de l'encéphale, attentivement examinées, ne nous offrirent aucune lésion appréciable.

Thorax. Les poumons crépitaient bien partout; leur partie postérieure, brunâtre, était engouée de sang.

Le cœur, sain, contenait dans ses quatre cavités du sang noir liquide. Un sang également liquide remplissait l'aorte dont la surface interne était blanche.

Abdomen. Une grande quantité de matières liquides distendait l'estomac : sa surface interne offrit partout une couleur parfaitement blanche, excepté en deux points du grand cul-de-sac où apparaissaient deux taches rouges, dont l'une avait le diamètre d'une pièce de cinq sous, et l'autre celui d'une pièce de vingt sous tout au plus. Détachée des tissus subjacens, la membrane muqueuse présenta partout l'épaisseur et la consistance de son état physiologique, si ce n'est dans les deux points indiqués où elle était ramollie.

Ouvert dans toute son étendue, l'intestin grêle se montra rempli d'une notable quantité de bile qui colorait ses valvules. Lavée et essuyée, sa surface interne fut partout trouvée blanche ; en quelques points seulement cette blancheur était altérée par des veines assez volumineuses qui se dessinaient dans le tissu cellulaire sous-muqueux : aucun follicule n'était apparent.

Le gros intestin était rempli de matières fécales bien liées ; des veines rampaient en assez grand nombre au-dessous de la membrane muqueuse du cœcum ; cette muqueuse elle-même n'était point injectée, et elle avait sa consistance accoutumée. La surface interne du colon et du rectum était partout très pâle.

Le foie n'offrait rien d'insolite ; la rate, peu volumineuse, avait un tissu dense et résistant.

Les reins et les uretères étaient dans leur état normal ; il n'en était pas de même de la vessie : sa membrane muqueuse présentait dans toute son étendue une vive injection ; et en plusieurs endroits une exsudation purulente la recouvrait.

La maladie qui fait le sujet de l'observation qu'on vient de lire a beaucoup de rapports, par ses symptômes, avec certains cas de fièvres graves, dont les observations sont consignées dans un des précédens volumes de cet ouvrage. La langue, que nous avons trouvée naturelle dans les observations placées avant celle-ci, présente ici cette rougeur, cette sécheresse, qui sont si communes dans les cas de dothinentérites; la face offre aussi cet air de stupeur, qui caractérise si bien certaines périodes de l'inflammation exanthémateuse de l'intestin grêle : pendant le cours de la maladie, la stupeur, la prostration se prononcent de plus en plus; la langue devient chaque jour plus sèche; il n'y a d'autre symptôme cérébral, à proprement parler, que du délire auquel succède un coma profond; et ces deux symptômes eux-mêmes ne se montrent que dans les deux derniers jours. De plus, le pouls présente constamment une grande fréquence; et la peau a cette sécheresse qui accompagne si souvent l'inflammation aiguë des follicules intestinaux. Enfin, le malade n'habite Paris que depuis huit mois, et cette dernière circonstance est encore propre à faire croire que la cause de la fièvre continue réside dans un état phlegmasique des follicules intestinaux. Cependant il n'en est point ainsi : ceux-ci sont si peu altérés, que nulle part on n'en retrouve la moindre trace; les deux petites taches rouges de l'estomac, l'injection veineuse du cœcum ne suffisent guère pour expliquer l'état de la langue, pas plus qu'elles ne peuvent rendre compte de la production des autres symptômes; tout ce que nous trouvons, c'est un épanchement séro-purulent dans les ventricules latéraux,

avec un ramollissement superficiel de la substance cérébrale qui constitue une partie de leurs parois.

Mais ce n'est pas là tout; et l'ouverture du cadavre nous montre dans la vessie des lésions bien remarquables : sa membrane muqueuse est partout très rouge, et une couche purulente la recouvre. La rétention d'urine était-elle donc liée dans ce cas à une cystite ? Ou bien celle-ci fut-elle le résultat de l'introduction répétée de la sonde dans la vessie?

Que si maintenant nous revenons au commencement de la maladie, nous retrouverons au début cette même céphalalgie, dont nous avons également constaté l'existence fréquente, mais non nécessaire, dans la méningite de la base, comme dans celle de la convexité des hémisphères cérébraux, et dont le siége ne nous a paru répondre que dans bien peu de cas au siége même de la lésion. Cette céphalalgie se montra avant tout autre symptôme, c'était là sans doute un motif de soupçonner que le point de départ de la maladie était dans le cerveau ou dans ses enveloppes; mais comment l'aurions-nous affirmé, en nous rappelant divers cas de dothinentérites dans lesquels, comme symptôme isolé, prédominant, nous observâmes d'abord une céphalalgie semblable à celle qui constitua ici le prodrôme de la maladie.

Tiendrons-nous compte enfin, pour fonder notre diagnostic, du remarquable état que présenta la respiration dans les derniers jours? Pierre Frank avait, en effet, donné comme un des signes caractéristiques de l'encéphalite, ces longues intermittences des mouvemens respiratoires. Dans cette maladie, dit-il, le malade respire profondément à de longs intervalles : *Spiratio magna ex longis intervallis docitur.* Mais, dans plusieurs cas de dothinentérites, sans lésion ap-

préciable du cerveau après la mort, nous avons retrouvé ce même état de la respiration.

XIXe OBSERVATION.

Épanchement séro-purulent dans les ventricules latéraux. Aspect granuleux de la membrane qui en tapisse les parois. Alternative de délire et de coma, de stupeur et d'agitation violente, d'anéantissement des contractions musculaires et de fortes secousses tétaniques. Pouls tour à tour rare et fréquent.

Un lapidaire, âgé de 21 ans, fut reçu à la Charité le 20 avril 1820. Ce qui alors nous frappa chez lui, c'était son air de tristesse; il semblait comme rêveur; se tenait caché sous ses couvertures, et s'obstinait à ne répondre à aucune des questions qu'on lui adressait. Il ne parla, que pour nous dire que depuis plusieurs jours il avait dans tout le ventre des douleurs que la pression n'augmentait pas, et que depuis le même temps il n'avait point eu de selle : le pouls était sans fréquence. La nature des douleurs abdominales, la constipation, l'apyrexie pouvaient faire soupçonner chez ce *lapidaire* l'existence d'une colique de plomb. En conséquence, M. Lerminier commença le traitement dit de la Charité.

Le lendemain 21, la peau était chaude, et le pouls fréquent. Le traitement commencé la veille fut suspendu : deux pots de tisane d'orge miellée furent prescrits.

Du 21 au 26, la fièvre persista, et le malade resta plongé dans cette même tristesse qui nous avait frappés le jour de son entrée. Du reste, légères douleurs abdominales, persistance de la constipation, langue naturelle (*continuation*

de la tisane d'orge, lavemens de guimauve, cataplasmes de farine de graine de lin sur l'abdomen).

Le 26, nous trouvâmes le malade dans un état bien différent de celui des jours précédens. Couché sur le dos, il avait le regard fixe; les deux pupilles un peu contractées, la droite moins que la gauche; la tête légèrement renversée en arrière, et opposant une résistance qu'on ne pouvait vaincre, lorsqu'on essayait de l'incliner un peu sur le cou, en la ramenant en avant. Le malade ne faisait aucune réponse aux questions, et prononçait de temps en temps des propos qui n'avaient aucune suite; plusieurs fois la nuit, il avait voulu fuir de son lit, et on lui avait mis la camisole. La langue conservait l'aspect le plus naturel, et la fréquence du pouls persistait. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes.

Le reste de la journée et toute la nuit, le malade fut très agité; et il jeta des cris presque continuels.

Dans la matinée du 27, nouvelle scène. Un assoupissement profond, d'où rien ne peut le tirer, a succédé à l'agitation de la veille; le malade, semblable à une masse inerte, n'exécute plus aucune espèce de mouvement. On presse le ventre, sans qu'il donne aucun signe de douleur; le pouls a perdu toute fréquence; la température de la peau n'est plus élevée; la constipation persiste (*huit sangsues derrière chaque oreille; deux vésicatoires aux cuisses; limonade minérale*).

Le 28, l'état comateux s'est dissipé; le malade tire sa langue hors de la bouche, lorsqu'on la lui demande; mais il ne donne pas d'autre signe d'intelligence; il ne profère aucune parole. Les pupilles ont un degré médiocre de dilatation; la langue est naturelle; il n'y a toujours pas de selle : l'apyrexie est aussi complète que la veille (*lavement purgatif; limonade minérale*).

Le 29, le malade est absolument dans le même état que la veille.

Le 30, agitation, délire comme le 26. Le malade est occupé continuellement à frotter ses mains l'une contre l'autre : pour la première fois nous trouvons le ventre ballonné ; le pouls est toujours sans fréquence, et la langue conserve son humidité et sa teinte pâle (*vingt sangsues au cou; douze grains de calomélas; tisane d'orge oximélée*).

Le 1er mai, persistance du délire; tête fortement renversée en arrière, carphologie, dilatation des pupilles, pouls très fréquent, ventre ballonné (*douze grains de calomélas; frictions sur l'abdomen avec le liniment ammoniacal camphré, fomentations aromatiques sur la même partie*).

2 mai, persistance du délire et de la carphologie ; agitation continuelle de la tête, qui se porte alternativement de droite à gauche, et de gauche à droite ; gémissemens ; secousses brusques comme tétaniques du tronc et des membres. Les carotides battent avec force ; le cœur soulève les parois du thorax, et s'entend dans une grande étendue ; le ballonnement de l'abdomen est considérable.

Mort à huit heures du soir, après avoir rendu beaucoup de sang par le nez et par la bouche.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les méninges de la convexité des hémisphères cérébraux sont sèches et transparentes. La substance cérébrale a partout sa consistance accoutumée; nulle part elle n'offre la moindre trace d'injection. Au niveau du centre ovale de Vieussens, on sent de chaque côté du corps calleux une fluctuation manifeste ; une incision faite sur les parties

latérales de ce corps laisse échapper une grande quantité de liquide semblable à du petit-lait non clarifié, au milieu duquel nagent des flocons dits albumineux. De la surface des parois de chaque ventricule on détache une membrane très mince, que parcourent des vaisseaux très fins, admirablement injectés. Sur quelques points de la face libre de cette membrane, existent de petits corps grisâtres, du volume d'une tête d'épingle, semblables aux rudimens de fausses membranes qui, sous forme de granulations, parsèment parfois le péritoine.

Dans le reste des centres nerveux (la moelle comprise), non plus qu'autour d'eux, nous ne trouvâmes de lésion appréciable.

Thorax. Les plèvres costale et pulmonaire du côté droit adhéraient l'une à l'autre par du tissu cellulaire bien organisé. Le poumon de ce côté contenait un grand nombre de tubercules, la plupart miliaires; quelques-uns étaient plus volumineux et ramollis. Les bronches de ce poumon étaient très rouges, et les ganglions bronchiques durs et noirs. Le poumon gauche adhérait aussi entièrement à la plèvre; mais dans son intérieur nous ne trouvâmes aucune trace de tubercule.

Les deux feuillets séreux du péricarde étaient intimement unis l'un à l'autre dans toute leur étendue. Une fausse membrane, épaisse de plusieurs lignes et parsemée d'un grand nombre de granulations miliaires, servait de moyen d'union entre ces deux feuillets. Le cœur lui-même ne présenta rien de remarquable.

Abdomen. La paroi antérieure de cette cavité faisait une saillie considérable au-devant du thorax; percutée, elle résonnait comme un tambour.

Le paquet intestinal était énormément distendu par des gaz.

L'estomac était rempli de mucosités qui formaient une couche épaisse apposée sur sa surface interne. Sa membrane muqueuse était blanche, et partout de consistance normale. L'intestin grêle contenait une grande quantité de bile, qui avait donné une teinte jaune à la muqueuse. Celle-ci présentait çà et là quelques points légèrement injectés.

Dans le cœcum, dans le colon ascendant, et dans le colon transverse, la membrane muqueuse était très vivement injectée. Le colon lombaire gauche, rempli de matières fécales très dures, était blanc à sa surface interne, ainsi que l'*S* iliaque et le rectum. Au-dessus de ce dernier intestin existait un rétrécissement circulaire très marqué. Les gaz et les matières accumulées dans le colon ne pouvaient que très difficilement le franchir. Le rectum était complètement vide.

Il n'y avait rien de remarquable dans les autres viscères abdominaux.

Chez cet individu, les symptômes nerveux furent beaucoup plus prononcés et beaucoup plus variés que chez le précédent. Chez tous deux la lésion cérébrale était de même nature et avait le même siége. Dans un cas toutefois (obs. XVIII), la substance nerveuse qui constituait une partie des parois des ventricules avait participé à l'irritation de la méninge ventriculaire ; elle était ramollie. Dans l'autre cas (obs. XIX), la substance nerveuse était restée intacte ; mais, par suite du travail phlegmasique qui l'avait frappée, la membrane très fine, inapercevable dans l'état normal, qui se déploie sur les parois des ventricules, était devenue très apparente ; de nombreux vaisseaux

la parsemaient; et elle était granuleuse à sa surface libre, comme le sont, dans certaines variétés de leurs inflammations, les autres membranes séreuses.

Dans ce dernier cas, d'ailleurs, comme dans l'autre, les désordres, appréciables par l'anatomie, n'existaient que dans les ventricules latéraux. Avec cette phlegmasie de la méninge ventriculaire coïncidèrent divers symptômes, dont les uns sont généralement regardés comme caractérisant la méningite de la convexité des hémisphères, et dont les autres sont considérés comme plus spécialement liés à une inflammation des méninges de la base du cerveau. Ainsi, d'une part, délire, grande agitation; d'autre part, état comateux. A plusieurs reprises, nous voyons ces deux ordres de symptômes se remplacer l'un l'autre, et en même temps se manifestent des désordres très remarquables dans la contraction musculaire, caractérisés surtout par des secousses comme tétaniques du tronc et des membres, et par un fort renversement de la tête en arrière. Au milieu de tous ces phénomènes, l'état des pupilles n'a rien de bien notable; un seul jour, elles n'ont pas toutes deux un même degré de dilatation. Que si nous nous reportons à l'époque où nous commençâmes à observer le malade, nous trouverons encore à faire ressortir du côté du système nerveux quelques phénomènes dignes de remarque. Cette tristesse profonde que le malade présentait alors, cet air de préoccupation, cette tendance à se cacher la tête sous les couvertures, comme pour se dérober aux regards et aux questions, cette indifférence complète à nous informer de son état, cette obstination à ne vouloir pas répondre, étaient des indices certains d'une affection cérébrale commençante. Cet état du malade nous empêcha malheureusement d'avoir aucun renseignement sur ce qu'il avait

éprouvé avant son entrée à l'hôpital. Avait-il eu, par exemple, de la céphalalgie?

La langue resta constamment naturelle pendant tout le cours de la maladie. Pourquoi resta-t-elle humide et pâle dans ce cas? Pourquoi se montra-t-elle rouge et sèche dans le cas précédent? Cependant les voies digestives furent loin de se conserver toujours intactes. A diverses époques, et surtout lors de l'entrée à la Charité, le malade accusa de vives douleurs abdominales; et constamment il eut une constipation que rien ne put vaincre. Avait-il réellement un commencement de colique saturnine, ainsi que son état nous l'avait fait soupçonner, lorsque nous le vîmes pour la première fois? Il ne faut pas perdre de vue cette vive rougeur que nous trouvâmes dans une grande partie du gros intestin, cet amas de matières fécales très dures qui remplissaient l'*S* iliaque du colon, et qu'un rétrécissement circulaire du commencement du rectum, empêchait de passer dans ce dernier intestin. Ce rétrécissement ne dépendait d'ailleurs d'aucune lésion organique; une contraction comme spasmodique de la membrane musculaire paraissait l'avoir produit. Nous n'oublierons pas non plus de noter cette grande quantité de mucosités qui remplissait l'estomac, et cette bile abondante que contenait l'intestin grêle.

Le pouls fut très variable aux différentes époques de la maladie. Sans fréquence à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital, il s'accéléra, après qu'on eut commencé chez lui le traitement employé ordinairement à la Charité contre la colique de plomb. Cette accélération persista les jours suivans; puis elle cessa tout à coup avec la chaleur de la peau, lorsqu'au délire succéda un état comateux. Elle ne reparut pas, lorsqu'un peu plus tard le délire et une grande agitation

remplacèrent de nouveau le coma; pendant tout ce temps l'apyrexie fut complète. Enfin, la veille de la mort seulement, le pouls reprit de la fréquence; et, chose remarquable, peu d'heures avant le terme fatal les pulsations des carotides devinrent très énergiques, et les battemens du cœur se montrèrent plus forts, plus étendus, que dans tout le reste de la maladie.

Nous appellerons en passant l'attention sur les désordres qui furent trouvés après la mort dans l'appareil respiratoire, sur l'existence de nombreux tubercules dans un seul poumon, l'autre étant resté parfaitement sain. Nous noterons aussi cette adhérence complète des deux feuillets du péricarde dans toute son étendue; était-ce là une péricardite guérie?

Nous noterons aussi le mode de traitement qui fut mis en usage : d'abord on essaya le traitement ordinaire de la colique saturnine; mais on ne l'employa qu'un seul jour, puis on eut successivement recours à des applications de sangsues au cou, à des vésicatoires, à quelques purgatifs.

XXe OBSERVATION.

Épanchement séreux dans les ventricules cérébraux. Céphalalgie au début, sans autre symptôme grave et sans fièvre. Plus tard coma de plus en plus profond. Accélération du pouls quelques heures seulement avant la mort.

Un maçon, âgé de 23 ans, avait depuis plusieurs jours un violent mal de tête, lorsqu'il entra à la Charité. La langue était blanche, le pouls sans fréquence. Il n'y avait d'autre phénomène morbide appréciable que cette céphalalgie. Deux

grains d'émétique furent administrés. Le malade vomit deux fois très abondamment, et eut deux selles.

Le lendemain l'état du malade avait subi un changement remarquable. Son intelligence était comme engourdie; il répondait lentement et avec une certaine difficulté aux questions qu'on lui adressait. Il se plaignait autant du mal de tête que la veille. Le pouls n'avait aucune fréquence; la langue avait son aspect naturel (*douze sangsues derrière chaque oreille*).

Le 17 le malade était plongé dans un assoupissement dont on ne le tirait qu'avec peine. Après qu'on l'avait vivement pressé, il ouvrait lentement les yeux, et regardait autour de lui de l'air le plus indifférent. Lorsqu'on lui demandait comment il se trouvait, il répondait qu'*il allait très bien, puisqu'il ne travaillait plus*. Les pupilles ne se contractaient pas par l'approche d'une plus grande lumière. Elles n'avaient qu'un degré médiocre de dilatation; la droite était un peu plus resserrée que la gauche. La langue était blanche, brune vers la pointe, et un peu sèche. Le pouls était sans fréquence, la peau sans chaleur (*six sangsues à chaque apophyse mastoïde; une pinte de petit-lait, avec addition d'un grain de tartre stibié et de quatre gros de sulfate de soude; deux vésicatoires aux cuisses; frictions sur les membres avec le liniment volatil cantharidé*).

18. L'assoupissement persiste; on en tire cependant le malade, en lui adressant la parole, et alors on est frappé de l'air profond d'indifférence qu'exprime sa physionomie; ses traits sont immobiles; il prononce quelques mots qui n'ont aucun sens; il tire la langue quand on le lui demande. Les pupilles sont beaucoup plus dilatées que la veille; elles le sont toutes deux à un même degré; le pouls a pris de la fréquence; la

langue est sèche ; sa couleur est la même ; la vessie, distendue par l'urine, forme tumeur au-dessus du pubis (*une pinte de petit-lait avec un grain de tartre stibié et une once de sulfate de soude ; limonade végétale ; frictions avec le liniment ammoniacal*).

Dans la journée, coma de plus en plus profond ; aucun nouveau symptôme. Mort dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Rien de notable à la surface du cerveau. La substance cérébrale est enlevée par couches jusqu'un peu au-dessus du niveau du corps calleux ; la paroi supérieure des ventricules latéraux présente une fluctuation manifeste, et semble comme soulevée. Chaque ventricule est fortement distendu par une grande quantité de sérosité limpide ; on en trouve aussi dans le troisième ventricule.

Aucune autre altération appréciable n'existe dans le reste du système nerveux.

Thorax. Etat sain des organes contenus dans cette cavité.

Abdomen. La surface interne de l'estomac présente de longues stries d'un rouge brun, qui sont dirigées du cardia vers le pylore. Ces stries paraissent résulter d'une infiltration sanguine toute cadavérique qui s'est effectuée autour des gros troncs veineux. Entre ces stries la membrane muqueuse n'est pas injectée, et partout elle a conservé son épaisseur et sa consistance naturelles.

L'intestin grêle et le gros intestin sont généralement pâles.

La vésicule du fiel contient une bile d'un rouge brun qu'en versant sur une portion d'intestin on croirait être du sang.

La lésion cérébrale trouvée sur le cadavre de cet individu n'est plus de même nature que celle que nous ont offerte les observations XVIII et XIX. Ici il n'y a plus aucune trace de travail phlegmasique. Une remarquable quantité de sérosité parfaitement limpide épanchée dans les ventricules latéraux et dans le troisième, voilà tout ce qu'on trouve. Cependant les symptômes ne diffèrent pas beaucoup dans ce cas de ceux que nous présentèrent les sujets chez lesquels une matière purulente remplissait les ventricules. Au début, une céphalalgie intense sans autre accident ; plus tard un engourdissement de plus en plus grand des facultés intellectuelles, et enfin un état comateux au milieu duquel le malade succombe, tels sont les seuls accidens qui surgissent du côté des centres nerveux. Ce n'est que quelques heures avant la mort que le pouls s'accélère, et pendant toute la durée du séjour du malade à l'hôpital, l'apyrexie est complète.

Lorsque le malade se présenta pour la première fois à notre observation, n'offrant d'autre désordre fonctionnel appréciable que cette céphalalgie qui le tourmentait depuis plusieurs jours, aurions-nous pu prévoir l'état grave des jours suivans? Combien n'y a-t-il pas d'individus chez lesquels un pareil mal de tête se dissipe, à la suite d'une perturbation quelconque imprimée à l'économie, à la suite d'un vomissement chez l'un, d'une émission sanguine chez l'autre? Chez notre malade, un émétique fut donné. Fut-il cause de l'état grave dans lequel nous trouvâmes le malade dès le lendemain de son administration? Nous ne saurions guère l'admettre. Du reste, les sangsues qu'on appliqua ensuite aux oreilles furent impuissantes pour arrêter les progrès de l'affection

cérébrale. Les boissons purgatives qu'on prescrivit en même temps ne furent pas plus efficaces. Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que ces boissons, qui furent continuées jusqu'à l'instant de la mort, ne déterminèrent aucune rougeur, persistante du moins, dans le canal intestinal. La coloration en stries trouvée dans l'estomac nous paraît être un phénomène tout cadavérique. (L'autopsie fut faite plus de 24 heures après la mort.)

XXIe OBSERVATION.

Épanchement séreux très considérable dans les ventricules latéraux. Destruction de la voûte à trois piliers et du septum lucidum. Symptômes d'apoplexie.

Un homme âgé de 50 ans entra à la Charité avec une anasarque considérable et une ascite. On chercha vainement quelque signe local d'affection organique du cœur ; on n'en trouva aucun. La respiration n'était pas gênée. Nous demandâmes à cet individu s'il avait quelquefois eu des douleurs vers l'hypocondre droit ; il nous répondit négativement. Il nous dit qu'il était enflé depuis trois mois, mais il nous fut impossible de savoir de lui par quelle partie avait commencé son hydropisie. Les fonctions digestives paraissaient être en assez bon état. Pendant les quinze jours suivans cet homme ne présenta rien de nouveau. Un matin, en approchant de son lit, nous le trouvons privé de connaissance et dans un véritable état apoplectique. On nous dit que, depuis la veille au soir, il a cessé de parler. La face est pâle ; les yeux paraissent privés de la faculté de voir ; les deux pupilles sont notablement dilatées ; la bouche reste entr'ouverte ; on ne

peut pas voir la langue; les quatre membres soulevés retombent de leur propre poids comme des masses inertes; en les pinçant fortement, on ne paraît exciter aucune douleur. Le pouls est sans fréquence; la respiration est accélérée, stertoreuse; le râle trachéal est très fort. Le malade meurt quelques heures après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Habitude extérieure. Infiltration séreuse considérable des membres thorachiques et abdominaux.

Crâne. Une quantité médiocre de sérosité limpide infiltre le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux. Les deux ventricules latéraux sont confondus avec le troisième en une seule et énorme cavité d'où s'écoulent deux verres au moins d'une sérosité limpide et transparente comme de l'eau de roche. A la place du septum lucidum et de la voûte à trois piliers, on ne trouve plus que des débris d'une pulpe blanche qui nage, en petits fragmens, au milieu de la sérosité.

Il n'existe dans l'encéphale aucune autre lésion appréciable.

Thorax. Les poumons sont fortement engoués, sains d'ailleurs. Une mucosité spumeuse remplit la trachée-artère et les bronches.

Le cœur a un volume proportionné à celui de la taille du sujet; ses cavités ont leurs dimensions normales; ses parois ne sont ni plus épaisses ni plus minces que dans l'état ordinaire; ses divers orifices sont libres; le péricarde contient au plus une once de sérosité citrine. On ne remarque rien d'insolite dans les gros troncs artériels et veineux.

Dans le cœur et dans le reste du système artériel, on ne

trouve qu'une petite quantité de sang remarquable par sa liquidité. Du sang liquide, et peu abondant, voilà aussi tout ce qu'on trouve dans les veines.

Abdomen. Plusieurs pintes d'une sérosité transparente remplissent le péritoine.

Le foie, de volume ordinaire, est remarquable par sa grande dureté. Il offre un tissu d'un rouge brun que parcourent des lignes blanches, disposées en circonvolutions, beaucoup plus apparentes que de coutume. La rate est dense et dure comme le foie; son volume n'est sensiblement ni augmenté ni diminué.

La membrane muqueuse gastrique offre, vers le grand cul-de-sac, un léger pointillé rouge. Dans le reste de son étendue, le tube digestif est remarquable par sa pâleur.

Ce cas ressemble à celui de l'observation xx, par la nature de la lésion cérébrale. Ici encore c'est un épanchement considérable de sérosité dans les ventricules; mais de plus les parties blanches centrales du cerveau sont rompues et transformées en bouillie. Nous sommes portés à penser que la destruction du septum lucidum et de la voûte à trois piliers a été le résultat tout mécanique de la pression exercée sur ces parties par la sérosité accumulée dans chaque ventricule. C'est ainsi que dans certains épanchemens sanguins considérables, on trouve une pareille destruction du septum et de voûte. Du sein même de la substance cérébrale, dans laquelle il s'est d'abord formé, et qu'il déchire, le sang arrive dans un des ventricules; puis il pénètre dans l'autre en rompant à la fois et la cloison inter-ventriculaire et le trigone cérébral.

Nous avons vu dans les observations XIX et XX que malgré l'identité des lésions après la mort, les symptômes furent loin d'être semblables. Ici nous retrouvons encore les mêmes lésions, et les symptômes sont ceux que l'on désigne sous le nom de *symptômes apoplectiques*, lorsqu'ils sont produits par une hémorrhagie cérébrale abondante, qui comprime à la fois les deux hémisphères cérébraux. Ce cas nous paraît donc fournir un exemple de la maladie peu commune désignée par plusieurs auteurs sous le nom d'*apoplexie séreuse*. L'individu qui en fut frappé n'avait eu autre chose jusque là qu'une hydropisie dont la cause était obscure, et pour l'explication de laquelle nous ne trouvâmes, après la mort, d'autre lésion que l'état manifestement morbide du foie. Il y avait donc déjà chez cet individu une disposition ancienne à des épanchemens de sérosité, lorsque tout à coup sans doute la séreuse qui tapisse les parois des ventricules cérébraux exhala une grande quantité de sérosité, dont la formation détermina tous les symptômes d'une véritable apoplexie. C'est ainsi que dans d'autres cas nous avons vu chez quelques hydropiques une grande dyspnée survenir brusquement, et la mort suivre au bout de quelques heures la gêne toujours croissante de la respiration. Nous en trouvions la raison dans un épanchement séreux qui tout à coup venait à se former dans les deux plèvres.

Chez l'individu qui fait le sujet de cette observation, l'infiltration séreuse du tissu cellulaire et l'ascite ne diminuèrent pas à l'époque où se fit l'épanchement dans les ventricules cérébraux. Chez un autre individu dont nous avons déjà rapporté l'histoire, l'abdomen s'affaissa tout à coup, et les membres se désinfiltrèrent très peu de temps avant l'apparition des symptômes d'apoplexie, symptômes qui furent pro-

duits, comme dans le cas actuel, par un subit épanchement de sérosité dans les cavités cérébrales.

Voilà donc deux cas où une apoplexie séreuse termine les jours de deux individus déjà hydropiques depuis un certain temps. Citons maintenant un autre cas relatif à un individu chez lequel n'avait jamais existé la moindre trace d'hydropisie, et chez lequel aussi apparurent des symptômes apoplectiques que nous ne pûmes non plus rattacher à autre chose qu'à l'énorme épanchement séreux que nous trouvâmes dans les ventricules cérébraux.

XXIIe OBSERVATION.

Épanchement séreux considérable dans les ventricules latéraux avec destruction du septum lucidum et d'une partie de la voûte. Ossification de la grande faulx du cerveau. Symptômes d'apoplexie.

Un homme âgé de 72 ans, entré à l'hôpital de la Charité pendant le courant du mois de décembre 1821, était atteint depuis long-temps d'un catarrhe pulmonaire qui, pendant les mois d'octobre et de novembre, s'était exaspéré. Depuis deux mois cet individu gardait le lit; ses forces avaient beaucoup diminué. Lorsque nous commençâmes à l'observer, nous lui trouvâmes de la fièvre; la langue était sèche et d'un rouge brun; un peu de toux revenait par quintes très fatigantes; elle était accompagnée de l'expectoration d'un mucus comme puriforme. Du reste, l'intelligence était parfaite; et aucun désordre fonctionnel n'existait dans les divers organes de la vie de relation.

Soumis à l'usage de boissons pectorales, ce malade ne nous

présenta rien de nouveau pendant une quinzaine de jours. Tout à coup, sans cause connue, il perdit connaissance. Ses yeux se fermèrent; ses quatre membres furent frappés d'une perte absolue de sentiment et de mouvement; vainement cherchait-on à exciter la douleur, le malade paraissait ne rien sentir. On avait beau lui parler, il ne répondait pas. En soulevant les paupières, on pouvait toucher du doigt les conjonctives, sans que le malade fit aucun mouvement pour se soustraire à ce contact. Les pupilles étaient dilatées et immobiles; le pouls conservait de la force et une notable dureté, mais il avait perdu sa fréquence. Une sueur abondante couvrait la peau. Chaque mouvement inspiratoire était accompagné d'un râle trachéal très bruyant (*saignée de douze onces; vingt sangsues au cou; vésicatoire aux jambes*).

La mort eut lieu la nuit suivante.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Rien de notable à l'extérieur du cerveau. Fluctuation manifeste au-dessus du corps calleux et du centre ovale de Vieussens. A peine une légère ponction est-elle pratiquée sur les parties latérales du mésolobe, qu'on voit s'échapper sur les deux lames du scalpel un liquide limpide et parfaitement transparent; on en recueille plus d'un verre ordinaire; ce liquide remplit les deux ventricules latéraux. On ne trouve plus de trace du septum lucidum, et à la place de la partie moyenne de la voûte à trois piliers existe une pulpe blanche que le dos du scalpel enlève comme une bouillie de la face supérieure de la toile choroïdienne. Les plèvres choroïdes sont remarquables par leur pâleur.

Examinés avec le plus grand soin, les centres nerveux ne

présentent aucune autre lésion appréciable dans le reste de leur étendue.

La grande faulx cérébrale est entièrement transformée en une substance osseuse qui présente tout-à-fait l'aspect d'une large esquille détachée d'un os.

Thorax. Les poumons sont fortement engoués. A chaque incision qu'on y pratique, on voit s'écouler de leur tissu une grande quantité de sérosité spumeuse et incolore. Vers leur sommet existent quelques masses mélaniques.

Le cœur ne présente autre chose qu'une légère hypertrophie des parois du ventricule gauche. La membrane interne de l'aorte est parsemée d'incrustations nombreuses.

Abdomen. Un mucus visqueux tapisse en grande quantité la surface interne de l'estomac. Au-dessous de ce mucus, la membrane muqueuse est assez vivement injectée vers le grand cul-de-sac; au-dessous d'elle se ramifient de grosses veines remplies de sang.

L'intestin grêle est aussi assez fortement injecté.

Des plaques cartilagineuses incrustent la capsule de la rate.

Cette observation nous offre l'exemple bien tranché d'une *apoplexie* dite *séreuse* survenue chez un vieillard épuisé par une ancienne irritation chronique de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire. Dans ce cas, comme dans le précédent, le malade ne vécut que peu d'heures après l'apparition des premiers symptômes d'apoplexie. Pendant l'existence de ces symptômes, le pouls conserva sa dureté, mais il se ralentit d'une manière notable. Ce ralentissement fut le résultat de l'épanchement séreux formé dans les ventricules cérébraux : quant à la dureté du pouls, elle dépendait de l'hypertrophie

commençante des parois du ventricule gauche du cœur.

Nous avons déjà eu occasion, dans d'autres observations, de discuter la cause de l'engouement séreux des poumons chez les individus atteints d'affections cérébrales. Cet engouement était ici très prononcé.

XXIIIe OBSERVATION.

Congestions sanguines dans le cerveau terminées par un épanchement séreux dans les ventricules latéraux (1).

Une femme, âgée de 51 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, cessa d'être réglée à l'âge de 49 ans 1/2; dans les six mois qui suivirent cette époque, elle fut sujette à un léger engourdissement dans le bras droit, avec peu d'aptitude au travail. A l'âge de 51 ans, elle perdit tout à coup connaissance, tomba, et conserva, lorsqu'elle fut revenue à elle, de l'embarras dans la parole, avec légère chute de la commissure des lèvres et de la langue à droite, diminution considérable du mouvement et de la sensibilité de ce côté, nausées, vomissemens de matières bilieuses. Des délayans, des saignées, des pédicules sinapisés, firent complètement cesser cet état au bout de quatre semaines. Depuis cette époque, la malade était revenue à un état parfait de santé, lorsque, vers le milieu du mois de mars 1819, elle commença de nouveau à éprouver un peu de faiblesse dans le bras droit; bientôt survinrent de légères céphalalgies fron-

(1) Observation recueillie par M. Thibert dans le service de M. Fouquier.

tales, et le 26 avril, sans cause déterminante, la nuit, pendant le sommeil, il survint une nouvelle attaque plus forte que la première, et du même côté. Ainsi : perte absolue de la parole, diminution très considérable de la sensibilité, mais surtout du mouvement dans les membres droits; cependant les traits du visage n'étaient point altérés; seulement la langue tombait un peu à droite. Cette nouvelle attaque se dissipa néanmoins plus promptement que la précédente, et au bout de 3 jours, le 29 avril, la malade, entrée à l'hôpital, offrait un état assez satisfaisant. Elle avait bien dormi la nuit; la face un peu animée ne présentait aucune altération des traits; légère pesanteur de tête; langue vacillante, lorsque la malade la porte au dehors; un peu de faiblesse et d'engourdissement dans le côté droit du corps, prononciation assez nette; pouls plein, fort et lent. Constipation habituelle (*limonade de crême de tartre; 15 sangsues à chaque pied. Pédil. très chaud, lav. purgatif; bouillons*).

Dans la matinée, la malade mangea une soupe qu'on lui apporta du dehors, et le soir, elle fut prise de vomissemens par lesquels elle la rendit, mêlée à quelques matières bilieuses. Les efforts du vomissement produisirent une nouvelle attaque, suivie de l'augmentation de l'hémiplégie droite, et d'un plus grand embarras de la parole. Saignée de 10 onces sans amélioration sensible. De nouvelles attaques légères se manifestèrent la nuit, et obligèrent à faire appliquer des sinapismes aux pieds. Dès-lors les matières fécales commencèrent à sortir involontairement.

Le 30 au matin, les symptômes d'hémiplégie étaient beaucoup plus prononcés que la veille. Prononciation presque impossible, pouls moins plein, moins dur et plus accéléré. Paralysie de la vessie (*limonade avec crême de tartre soluble* ℥j.

Saignée à la jugulaire; lav. purgatifs; bouillons; cathétérisme).

Le sang tiré la veille offrit une couenne mince au centre, assez épaisse aux bords. Aussitôt après la saignée de la jugulaire qui fut de près de 10 onces, nouvelle attaque suivie de perte absolue de la parole, et du mouvement dans les extrémités droites. Ecume à la bouche; dilatation des pupilles; face hébétée.

Dans la matinée, cet état augmenta; les extrémités gauches commencèrent à perdre le mouvement; la malade ne rendit pas même les deux lavemens purgatifs. Il survint un trismus qui l'empêcha de boire, et une somnolence continuelle.

1er mai dans la matinée, pupilles immobiles, cécité, trismus, écume à la bouche sortant à chaque expiration, contractilité anéantie à droite, presque nulle à gauche; sensibilité un peu conservée des deux côtés, plus encore à gauche. Surdité. La malade ne paraît pas cependant tout-à-fait étrangère à ce qui se passe autour d'elle. Pouls plein, dur, irrégulier pour le nombre des pulsations. Sueur un peu froide à la tête (20 *sangsues au cou; vésicatoire aux jambes; lav. purgatifs*).

La malade expire peu de temps après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE

36 heures après la mort.

Les membranes du cerveau n'offraient rien de remarquable. La substance cérébrale, d'une consistance naturelle, et très peu piquetée de sang, n'offrait pas de lésion appré-

ciable. Les ventricules latéraux contenaient près de quatre onces de sérosité limpide et transparente. Aucune lésion dans les viscères thoraciques et abdominaux, si ce n'est que la vessie était distendue par de l'urine.

Les attaques d'apoplexie qu'eut cette malade ne semblent avoir été produites que par de simples congestions sanguines dans le cerveau. Ce cas n'est pas rare, mais ce qui est moins commun, c'est de voir l'hémiplégie persister après l'attaque, dans le cas où l'on ne trouve dans le cerveau ni ramollissement, ni épanchement sanguin. Il semble que dans ce cas, l'hémiplégie est le résultat d'une congestion sanguine plus forte dans l'un des hémisphères que dans l'autre. Il semble que cet hémisphère perd son influence sur la contractilité musculaire, lors même que la congestion dont il a été le siége paraît ne plus exister. La première fois, l'hémiplégie fut précédée d'une perte complète de connaissance; la seconde fois, elle s'établit peu à peu, sans qu'aucun symptôme d'attaque d'apoplexie proprement dite l'ait annoncée.

Les nouveaux symptômes beaucoup plus graves qui se manifestèrent pendant les deux derniers jours furent le résultat de l'épanchement séreux des ventricules; ce fut une sorte d'apoplexie séreuse, dont les congestions sanguines habituelles du cerveau avaient été peut-être une cause prédisposante.

N'oublions pas de noter l'influence du vomissement sur l'augmentation de l'hémiplégie.

CHAPITRE IV.

OBSERVATIONS SUR DES CAS DE MALADIES QUI AFFECTENT LA TOTALITÉ DES MÉNINGES.

XXIVe OBSERVATION.

Chagrins antécédens. État de mélancolie au début; plus tard stupeur, délire. Pus épanché autour de toute la masse encéphalique et dans les ventricules. Entérite folliculeuse.

Un homme de 50 ans, d'une forte constitution, faisant le métier de marchand forain, perdit il y a quatre mois tout ce qu'il possédait. Depuis ce temps, il est dans la misère; venu à Paris, il y a exercé le métier de garçon boulanger. Pris de malaise général et d'une fatigue qui allait chaque jour en croissant, il entra à la Charité le 11 novembre 1821. Pendant les deux ou trois premiers jours, il parut à peine malade; mais il était plongé dans une mélancolie profonde; il pleurait, dès qu'on lui parlait de sa situation. Le 15 novembre, il se plaignit d'un grand dégoût pour les alimens; sa langue était couverte d'un enduit jaunâtre épais. L'abdomen était indolent : il n'y avait pas de fièvre. Le malade prit dans la journée douze grains d'ipécacuanha. Il vomit abondamment. Le lendemain il paraissait mieux.

Le 17, tout avait changé de face. Le pouls était devenu fréquent; la langue avait de la tendance à se sécher; les tisanes avaient été vomies. La vessie, distendue par l'urine,

formait tumeur au-dessus du pubis. Le malade rendait parfaitement compte de son état, il était encore plus triste et plus taciturne que de coutume. Il fut sondé sur-le-champ (*tisane d'orge avec sirop tartareux. Deux lavemens de graine de lin, diète*).

18, même état de la vessie qu'hier. Etablissement d'une sonde à demeure. La face présente une expression de stupeur remarquable. Cependant les facultés intellectuelles et sensoriales sont intactes. Le malade ne se plaint que d'une grande faiblesse. La langue est humide et sale, le ventre indolent. Il n'y a pas eu de selle. Le pouls est à peine fréquent, la peau sans chaleur (*lavement de guimauve avec un scrupule de camphre. Frictions sur les membres avec le liniment volatil cantharidé*).

19, l'état du malade était à peu près le même.

Le 20, la prostration était plus grande; le malade restait couché sur le dos, dans une sorte d'immobilité extatique. Ses yeux étaient tournés en haut, et fixes. Il paraissait indifférent à tout ce qui passait autour de lui; interrogé, il répondait juste, mais lentement. Le pouls était fréquent, la peau chaude; la langue conservait son humidité (*six sangsues à l'anus, lavement camphré, limonade*).

Le 21, pour la première fois, le malade accusait de la céphalalgie, sans qu'il pût en indiquer le siége précis. Il répondait bien lorsqu'on l'interrogeait, mais ses idées se troublaient par intervalles; puis il prononçait alors à haute voix des paroles sans suite et mal articulées. Ses yeux restaient constamment fixés vers le ciel du lit, excepté lorsqu'on lui parlait. La langue très jaune tendait de nouveau à se sécher; le ventre était ballonné, et depuis la veille des selles involontaires avaient eu lieu; elles étaient constituées par des matiè-

res liquides. Le pouls très fréquent se déprimait facilement (*quatre sangsues derrière chaque oreille ; fomentation d'huile de camomille camphrée sur l'abdomen ; sinapismes aux extrémités inférieures ; un pot d'infusion de quinquina. Un autre pot de décoction d'orge oximelée ; une tasse de vin, et un bouillon*).

Dans la journée, le malade eut deux selles involontaires. Toute la nuit, il eut du délire pendant lequel il cria ou parla continuellement.

Dans la matinée du 22, nous trouvâmes l'air de stupeur plus prononcé que jamais. Les yeux, toujours fixés vers le ciel du lit, se fermaient de temps en temps à moitié ; la bouche restait entr'ouverte. On n'obtenait plus aucune réponse du malade. La langue était très sèche, et d'un jaune brun. L'abdomen était redevenu souple. En le pressant fortement, on accélérait singulièrement la respiration. Le pouls, très petit, et d'ailleurs très irrégulier battait 98 fois par minute. Une sueur abondante couvrait toute la peau.

Le 23, les yeux étaient ternes, les traits de la face profondément décomposés. Le pouls, filiforme, battait plus de 100 fois par minute. La peau était restée chaude et humide. La respiration était devenue fortement râlante depuis 8 à 10 heures. Depuis 24 heures, il n'était pas sorti une goutte d'urine par la sonde (*vésicatoire sur la partie antérieure du thorax*).

Le malade succomba dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE

46 heures après la mort.

Crâne. Les méninges étaient assez vivement injectées sur toute la convexité des hémisphères cérébraux. Vers l'extrémité antérieure de la face interne de ces hémisphères, l'arachnoïde était soulevée des deux côtés par une couche purulente qu'on déplaçait, mais qu'on n'enlevait pas, en passant le dos d'un scalpel sur cette membrane. Du pus infiltrait encore la pie-mère dans toute l'étendue de la scissure de Sylvius du côté droit ; on retrouvait une couche de ce même liquide à la face supérieure des deux lobes du cervelet. La paroi supérieure de chacun des ventricules latéraux est fortement soulevée, et présente sous le doigt qui la presse une fluctuation évidente. Chaque ventricule latéral contient en effet un liquide grisâtre au milieu duquel nagent de nombreux flocons ; on croirait voir le liquide d'une péritonite aiguë. Ces flocons, accumulés dans la partie inférieure des ventricules, forment une couche épaisse, qui recouvre la corne d'Ammon de chaque côté. Ces mêmes flocons remplissent, sans mélange de sérosité, le troisième et le quatrième ventricule. Enfin à la face inférieure des hémisphères cérébraux existe au-dessous de l'arachnoïde quelques plaques blanchâtres constituées par un demi-couvert, qui infiltre la première.

Ainsi entourée de toutes parts par une couche de pus, la substance cérébrale n'a subi aucune altération appréciable ; elle n'est pas même injectée.

Thorax. La partie antérieure des deux poumons est vide de sang ; elle a une teinte d'un blanc grisâtre, parsemée de

taches noires. Leur partie postérieure, gorgée de sang, est d'un rouge brunâtre, et facilement déchirable.

Les cavités gauches du cœur sont vides de sang. Les cavités droites contiennent une petite quantité de sang noir liquide. Depuis son origine jusqu'à sa bifurcation, l'aorte est parfaitement blanche à sa surface interne, elle contient dans sa portion abdominale un peu de sang noir liquide comme le cœur droit. Dans l'aorte thoracique existe un caillot fibrineux dépouillé de matière colorante. La veine cave abdominale est pleine de sang noir liquide.

Abdomen. Les circonvolutions de l'intestin grêle sont distendues par des gaz. Le colon transverse en contient également une grande quantité ; il est relevé par eux au devant de l'estomac qu'il cache entièrement. L'estomac, recouvert par le colon et par le foie, est distendu par un mélange de gaz et de liquide dans sa portion splénique ; il est rétréci et contracté dans sa portion pylorique.

La surface interne de l'estomac est d'un gris brunâtre dans toute l'étendue du grand cul-de-sac. Cette même couleur existe près du pylore. Partout la membrane muqueuse a une bonne consistance.

Le duodénum et les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle contiennent en grande quantité un liquide jaune, visqueux, doux au toucher, qui colore fortement la face interne, et surtout les valvules. Débarrassée par le lavage du liquide qui la recouvre, toute cette portion d'intestin ne paraît nullement injectée.

Le tiers inférieur de l'intestin grêle contient une matière verdâtre, plus liquide, sans viscosité. Sa face interne est pâle, excepté en trois endroits où l'on observe une couleur d'un rouge foncé, qui réside dans la membrane muqueuse. Il en

résulte trois plaques plus longues que larges, qui font une saillie légère au-dessus du niveau du reste de la muqueuse. Chacune de ces plaques n'occupe pas plus de l'espace que pourrait remplir une pièce de cinq francs. Dans l'étendue de quatre doigts au-dessus de la valvule iléo-cœcale, la membrane muqueuse est injectée d'une manière uniforme.

Le gros intestin contient un liquide verdâtre. Sa surface interne présente dans toute son étendue une légère injection de la membrane muqueuse.

Le foie est remarquable par son volume. Il s'étend dans l'hypocondre gauche, et est interposé entre les parois abdominales et la rate, à laquelle il est uni par des adhérences celluleuses. Son tissu est médiocrement gorgé de sang; il offre un fond rouge sur lequel se dessinent de nombreuses lignes blanches.

La rate est volumineuse, et d'une extrême mollesse.

La vessie contractée ne contient pas une goutte d'urine. Sa membrane muqueuse est vivement injectée. En un point de son étendue, existe une petite escarre, large comme une pièce de cinq sols.

L'ensemble des symptômes, présentés par cet individu, rappellent beaucoup plus ceux qui appartiennent à une dothinentérite grave que ceux qui se lient à une méningite aiguë. Sur le cadavre, nous trouvâmes celle-ci très prononcée, mais il y avait aussi des traces incontestables, bien que très légères, d'un état morbibe des follicules intestinaux. C'est certainement de leur engorgement inflammatoire que dépendaient ces trois plaques rouges, faisant saillie au-dessus du niveau de la surface intestinale, dont nous constatâmes l'exis-

tence non loin du cœcum. Notons de plus que cet individu était récemment arrivé à Paris ; d'un autre côté, il avait dépassé l'âge le plus ordinaire aux malades qu'atteint la dothinentérite. Les affections morales tristes qui avaient agi sur lui paraissaient l'avoir plus spécialement disposé à une affection cérébrale.

Dans d'autres volumes de cet ouvrage, nous avons vu plus d'un cas tout-à-fait analogue à celui-ci par les symptômes, dans lesquels cependant les centres nerveux ne nous ont offert après la mort aucune lésion appréciable.

Cette méningite, l'une des plus remarquables que nous ayons rencontrées et par son étendue et par la quantité de pus épanché soit dans la pie-mère, soit dans les ventricules, n'était-elle donc qu'un épiphénomène, ou, si l'on veut, une simple complication? aurait-elle pu ne pas exister, et cependant la maladie conserver sa même forme, sa marche, sa même gravité? Plusieurs faits cités dans cet ouvrage nous autoriseraient à le penser.

Combien d'ailleurs l'affection intestinale n'était-elle pas elle-même légère, si on la compare aux symptômes, et qui pourra croire que cette affection fût le siége principal de la maladie?

Voilà la seconde fois que nous trouvons la membrane muqueuse vésicale enflammée dans des cas où, pendant le cours d'une méningite, la vessie, ayant cessé de pouvoir expulser l'urine, on avait été obligé d'y introduire une sonde, et de l'y laisser à demeure.

XXVe OBSERVATION.

Épaississement des méninges à la convexité des hémisphères et à leur base. Tubercules dans ces membranes et dans la substance cérébrale elle-même qui est rouge et ramollie autour d'eux. Diathèse tuberculeuse. Symptômes d'apoplexie au début et à la fin de la maladie.

Un homme, âgé de 33 ans, avait eu cinq jours avant son entrée à la Charité tous les symptômes d'une attaque d'apoplexie; la perte de connaissance dura une vingtaine d'heures. Les jours suivans, il resta paralysé du côté droit; puis du délire survint, et le malade fut reçu à l'hôpital après avoir été saigné trois fois du bras. Il présentait alors l'état suivant.

Face pâle. Délire. Egale facilité de mouvemens dans les membres droits et gauches. Pouls sans fréquence. Langue naturelle.

Le lendemain, 23 février, huitième jour de la maladie, persistance du délire; air d'inquiétude; affaissement des traits; pouls dur, toujours sans fréquence; langue blanche et humide; abdomen souple et indolent (16 *sangsues au cou*).

Le 24, l'intelligence n'est presque plus troublée; les réponses sont lentes, mais nettes : le pouls ne s'est point accéléré. Les voies digestives sont dans le même état (8 *sangsues au cou*).

Le 27, le délire est revenu; le pouls a pour la première fois de la fréquence. La langue est naturelle.

Le 28, on applique encore huit sangsues sur le trajet de chaque veine jugulaire. Le pouls n'a qu'une médiocre fréquence.

Le 1er mars, l'intelligence est nette; le pouls conserve de la fréquence. La langue reste dans le même état (16 *sangsues au cou*).

Le 2 et le 3 mars, délire complet, fièvre. (Chacun de ces deux jours, *douze sangsues au cou.*)

Le 4 mars, persistance du délire; pouls à peine fréquent; peau sans chaleur. Langue toujours naturelle.

Du 5 au 15 mars, l'état du malade ne présenta aucun changement. Pendant ce temps, son intelligence resta constamment troublée; tantôt il répondait assez bien aux questions; il pouvait suivre une conversation; mais dans ces momens mêmes, il ne savait où il était; tantôt on ne pouvait plus obtenir de lui la moindre réponse; il balbutiait quelques mots inintelligibles; son air exprimait le plus habituellement l'étonnement et la stupeur. Certains jours, nous trouvâmes le pouls fréquent et la peau chaude; d'autres jours, l'artère donnait à peine 75 pulsations par minutes. La langue resta constamment d'une remarquable pâleur.

Pendant ces dix jours, des sangsues furent plusieurs fois encore appliquées au cou; trois ou quatre demi-lavemens d'amidon, avec addition de douze grains de sulfate de quinine dans chaque, furent prescrits; à l'intérieur, de simples boissons délayantes furent administrées.

Le 16 mars, le malade tomba tout à coup dans un éta comateux des plus graves : lorsque nous le vîmes, il nous parut dans l'état d'un homme qui venait d'avoir une violente attaque d'apoplexie. Il expira quelques heures après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. L'arachnoïde qui tapisse la surface interne de la

dure-mère, se sépare de celle-ci en larges lambeaux, avec une remarquable facilité. La membrane qui recouvre toute la convexité des hémisphères cérébraux est opaque, d'un blanc laiteux, et a plusieurs lignes d'épaisseur. Elle se détache d'une seule pièce de la substance cérébrale. L'épaississement que nous venons de signaler réside spécialement dans la pie-mère : lorsqu'on a détaché cette dernière avec l'arachnoïde, on dirait qu'on touche la dure-mère, tant ces deux membranes réunies constituent un tissu dense, épais, résistant.

A la face inférieure de l'hémisphère gauche, vers sa partie moyenne, on observe dans les méninges des portions opaques semblables par leur aspect aux méninges de la convexité; mais ici se présentent en outre d'autres particularités : ces portions opaques existent surtout dans l'intervalle de trois ou quatre circonvolutions; l'anfractuosité qui doit les séparer a disparu, et ces circonvolutions adhèrent intimement l'une à l'autre. Au milieu de la pie-mère infiltrée et épaissie qui les unit, on observe des petites granulations blanchâtres, miliaires, d'aspect tuberculeux; elles sont placées les unes à la suite des autres, comme les grains d'un chapelet. Au sein même de la substance grise des circonvolutions adhérentes, apparaissent une douzaine de ces granulations. Autour de chacune d'elles, la substance cérébrale est vivement injectée et ramollie dans l'espace de quelques lignes.

Rien de remarquable dans le reste de l'encéphale.

Thorax. Les deux poumons sont remplis d'une très grande quantité de granulations semblables à celles trouvées dans l'encéphale; les unes grisâtres et demi-transparentes; d'autres offrant une couleur d'un blanc mat, soit dans leur étendue, soit en quelques points seulement. Ces granulations, toutes de volume à peu près égal, sont disséminées en même nombre

dans les divers lobes des deux poumons. Entre elles, le parenchyme pulmonaire est parfaitement sain.

La plèvre qui tapisse la base du poumon droit présente un grand nombre de petites taches d'un rouge brun, constituées par un peu de sang épanché et coagulé. Au milieu de ce sang, qui rappelle par son aspect celui qu'on trouve dans les mailles de la rate, existent de petites granulations semblables à celles du poumon et du cerveau.

Le cœur et ses dépendances ne présentent rien de remarquable.

Abdomen. La surface interne de l'estomac est blanche, légèrement injectée vers le grand cul-de-sac.

Une tumeur du volume d'une noix fait saillie à l'intérieur de l'estomac, vers sa grande courbure; elle est arrondie et représente les trois quarts d'une sphère. En incisant sur cette tumeur, on la trouve constituée par une poche dont la muqueuse soulevée forme les parois, et dont la cavité est remplie par de la matière tuberculeuse ramollie. Cette poche communique avec un gros ganglion lymphatique tuberculeux appendu à la grande courbure de l'estomac.

Non loin de la tumeur qui vient d'être décrite, existe à l'intérieur de l'estomac un point où la muqueuse présente une sorte de froncement; à côté de celui-ci, on la voit se détacher des tissus qui lui sont subjacens, et former comme une sorte de pont qui, passant au-dessus d'une petite ulcération, tient par ses deux extrémités à deux points opposés de la circonférence de celle-ci. Au milieu de son fond, cette ulcération présente un point blanchâtre qui n'est autre chose qu'un peu de matière tuberculeuse ramollie. En pressant sur ce point de dehors en dedans, on voit apparaître au fond de l'ulcération une plus grande quantité de cette matière. Celle-ci ar-

rive dans l'estomac à travers un petit orifice qui conduit à l'intérieur d'un ganglion lymphatique tuberculeux, appendu, comme l'autre, à la grande courbure du ventricule.

La portion supérieure de l'intestin grêle est un peu injectée; le reste est blanc. Quelques tubercules existent entre le péritoine et la tunique charnue de l'intestin.

Les ganglions mésentériques sont développés. Au-devant de la colonne vertébrale existe une énorme masse tuberculeuse constituée par les ganglions qui existent normalement autour du réservoir de Pecquet. La matière blanche qui les remplit est friable, et s'écrase comme du caséum.

Ces mêmes ganglions tuberculeux existent dans le thorax tout le long du canal thoracique. Celui-ci est libre dans toute son étendue; il contient une petite quantité de liquide rougeâtre.

La rate, assez volumineuse et présentant un tissu assez ferme, est parsemée d'un grand nombre de granulation blanches qui semblent comme déposées dans le sang qui remplit les aréoles de l'organe. Une grosse masse tuberculeuse existe dans la scissure de la rate.

D'autres masses tuberculeuses comblent les divers sillons du foie.

A l'intérieur du foie, on aperçoit épars une douzaine de petits corps arrondis, blancs et assez durs, offrant tous à leur centre un point jaune. Ces corps s'écrasent sous le doigt, et ont, terme moyen, le volume d'une grosse tête d'épingle.

Ces mêmes corps apparaissent dans la substance corticale des reins, mais sans point jaune à leur centre.

On en retrouve trois ou quatre dans le pancréas, ou mieux dans le tissu cellulaire qui sépare cet organe en lobules. Trois ou quatre de ces lobules eux-mêmes n'ont plus leur aspect

accoutumé ; ils ont une teinte blanchâtre, et paraissent comme infiltrés de matière tuberculeuse.

Après avoir commencé par tous les symptômes qui caractérisent une attaque d'apoplexie, cette maladie change complètement de forme. Les phénomènes qui appartiennent à l'apoplexie disparaissent tous ; il ne reste même plus de trace de la paralysie qui avait suivi la perte de connaissance. Mais une autre scène commence, et nous voyons se développer la plupart de ces symptômes qui se lient à la maladie désignée par Huxham, sous le nom de fièvre lente nerveuse. Du côté des centres nerveux, nous ne saisissons plus d'autre désordre fonctionnel appréciable qu'un trouble de l'intelligence qui n'est pas lui-même continu. Il est des instans où le délire est complet ; il en est d'autres où le malade jouit à peu près de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles. La circulation présente aussi de remarquables alternatives de trouble plus ou moins considérables, et de retour à l'état normal. Les voies digestives restent constamment intactes ; la langue en particulier ne s'éloigne pas un seul instant de son aspect naturel.

Cet état singulier dure vingt-neuf jours ; au bout de ce temps la maladie revient à ce qu'elle était à son début ; et l'individu est emporté en quelques heures au milieu de symptômes apoplectiques.

L'ouverture du corps nous offre de bien remarquables lésions. L'état des méninges de la convexité des hémisphères cérébraux, nous rend compte du trouble des facultés intellectuelles observé pendant la vie ; mais il ne nous explique pas les alternatives d'accroissement ou de décroissement du

délire. Les lésions trouvées à la base du cerveau sont de la même nature que celles trouvées à sa face supérieure : mais à cette base il y a aussi d'autres altérations. Nous ne perdrons point de vue, en effet, ces ramollissemens rouges qui parsemaient, comme des ilots, la substance grise de quelques circonvolutions, de celles précisément dont les membranes d'enveloppe étaient aussi malades. Est-ce dans cette partie du cerveau que fut le siége de l'apoplexie par laquelle débuta la maladie? Cela nous paraît d'autant plus vraisemblable, que la paralysie avait eu lieu à droite, et que c'était à la base de la partie moyenne de l'hémisphère gauche qu'existaient ces points ramollis. Mais pourquoi les symptômes d'apoplexie disparurent-ils? Pourquoi la paralysie cessa-t-elle? Sans doute, parce que la lésion cérébrale, d'abord légère, diminua rapidement elle-même. Mais, en raison de la disposition à la sécrétion tuberculeuse qui existait chez cet individu, des tubercules prirent la place du sang épanché en petits foyers isolés dans la substance cérébrale, en même temps qu'ils se déposèrent dans les membranes d'enveloppe, là où les avait frappées l'irritation. Plus tard, sans doute, un nouveau travail phlegmasique se développa autour de chaque tubercule cérébral, et de là, peut-être, la nouvelle attaque d'apoplexie qui enleva le malade.

Combien n'est pas remarquable d'ailleurs cette existence simultanée de la matière tuberculeuse dans le cerveau, dans la pie-mère, dans les poumons, dans les plèvres où elle existait au milieu d'un sang épanché, dans la rate, dans le foie, dans les reins, dans le pancréas, dans un grand nombre de ganglions lymphatiques, dans l'épaisseur des parois du tube digestif. Nous noterons comme un fait rare la communication de l'intérieur de l'estomac avec les ganglions lymphatiques de

sa grande courbure, devenus tuberculeux, et l'évacuation par l'estomac de la matière morbide formée dans ces ganglions.

Chaque jour, pendant long-temps, des sangsues furent appliquées au cou ; un écoulement de sang presque continuel avait lieu ; il n'en résulta aucune amélioration.

XXVIe OBSERVATION.

Céphalalgie très ancienne. Tout à coup délire, puis coma, symptômes apoplectiques et mort. Épanchement purulent sur la convexité des hémisphères cérébraux, à la base de l'encéphale et dans les ventricules. Anciennes adhérences celluleuses des deux feuillets de l'arachnoïde. Ossification de la rétine.

Un cordonnier, âgé de 38 ans, fortement constitué, privé de l'œil gauche depuis son enfance, a eu toute sa vie de fréquens maux de tête dont il rapportait le plus souvent le siége au côté gauche du crâne. Il y a quatorze mois, il reçut, au milieu d'une rixe, plusieurs coups assez violens sur la tête. Depuis ce temps, ses maux de tête sont devenus plus fréquens et plus intenses ; il éprouve souvent des étourdissemens.

Le 13 juin, après s'être livré à ses occupations ordinaires, cet homme ressent un malaise général ; il se plaint d'une céphalalgie plus violente que jamais dans tout le côté gauche du crâne ; la nuit, il a une fièvre intense. Même état le 14.

Le 15, il est saigné. Le 16, ses idées très nettes jusqu'alors commencent à se troubler ; il délire complètement par intervalles ; puis il recouvre l'usage entier de sa raison. Les mouvemens restent intacts ; la céphalalgie persiste. Le 17, assoupissement continuel. Ce jour là, un vésicatoire est appliqué à la nuque.

Le malade entre à la Charité le 18 juin, et le 19 (7e jour de sa maladie), il présenta l'état suivant :

Face pâle, yeux fermés, apparence d'un sommeil paisible. On imprime d'abord des mouvemens assez violens au malade, sans qu'il se réveille ; puis il ouvre les yeux, et regarde autour de lui d'un air comme hébété. Interrogé à très haute voix, il semble impatienté du bruit qui frappe ses oreilles ; mais il ne profère aucune parole. Il remue facilement ses membres ; mais la sensibilité y paraît obtuse : la peau est sans chaleur ; le pouls peu fréquent ; la langue est pâle et humide. Le malade lâche sous lui. (*Une once de sulfate de soude dans une tasse de bouillon aux herbes ; sinapismes.*)

Le 20, même état ; mouvemens parfaitement libres.

Le 21 (9e jour), le pouls s'est accéléré, et la température de la peau s'est notablement élevée depuis la veille. L'état comateux persiste ; des soubresauts de tendons existent dans les deux bras ; la langue conserve son état naturel. Une saignée est pratiquée ; le sang se couvre d'une épaisse couenne.

Dans la matinée du 22, nous observâmes de nouveaux symptômes. La paupière gauche restait abaissée sur l'œil ; l'œil droit, au contraire, était largement ouvert, fixe et terne ; et la pupille, de ce côté, était large et immobile. La droite n'offrait rien d'insolite ; à chaque mouvement expiratoire, la joue gauche était poussée en dehors, ce qui annonçait un commencement de paralysie des muscles de ce côté de la face. Le bras droit soulevé retombait de son propre poids comme une masse inerte ; tandis que le gauche se soutenait quelques secondes en l'air, et ne s'abaissait que lentement. Dans les deux avant-bras existaient des soubresauts de tendons. Partout la peau pouvait être fortement pincée, sans que le malade donnât le moindre signe de sensibilité. La res-

piration était devenue stertoreuse ; le pouls était fréquent et fort ; une sueur abondante ruisselait de toute la surface de la peau. La langue, humide, était d'une pâleur extrême. Dans la journée, le coma devint de plus en plus profond ; l'embarras de la respiration alla en augmentant, et le malade succomba à cinq heures du soir (10e jour).

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Des adhérences celluleuses, semblables à celles qui unissent souvent les deux surfaces de la plèvre, s'étendaient en grand nombre de l'arachnoïde qui recouvre les hémisphères cérébraux, à l'autre portion de cette membrane qui tapisse la dure-mère.

La pie-mère étendue sur la surface supérieure du cerveau était vivement injectée.

Vers la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère gauche, et tout-à-fait à l'extrémité antérieure de l'hémisphère droit, l'arachnoïde était soulevée par un liquide purulent, d'un blanc opaque, et d'une assez grande consistance.

A peine eut-on enlevé quelques tranches de la substance des hémisphères cérébraux, qu'on vit s'écouler en énorme quantité un liquide semblable à du petit lait non clarifié. Ce liquide sortait des ventricules latéraux prodigieusement distendus par lui. Chaque cavité ancyroïde était remplie par des flocons albumineux, tout-à-fait semblables à ceux que l'on trouve accumulés sur les parties latérales de la colonne vertébrale dans certain cas d'épanchemens pleurétiques.

Les parois des ventricules ne présentèrent rien autre chose qu'une assez grande quantité de petites veines gorgées de sang noir.

Les méninges de la base du cerveau étaient généralement

injectées. Une couche purulente épaisse, qui avait son siége dans la pie-mère, recouvrait le pédoncule cérébral gauche, la moitié gauche du mésocéphale, la portion gauche du bulbe rachidien; et elle s'étendait comme une gaîne sur les nerfs qui partent de ce bulbe.

La substance nerveuse elle-même, examinée partout avec soin, ne présenta nulle part de lésion appréciable.

Les méninges spinales étaient saines, ainsi que la moelle.

Thorax. État parfaitement sain des organes contenus dans cette cavité.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac présentait, le long de la grande courbure, quelques petites plaques rouges, qui, réunies, auraient à peine égalé le diamètre d'une pièce de 5 fr. Là où existait cette rougeur, la membrane était un peu ramollie; ailleurs elle avait sa consistance accoutumée. (L'ouverture du corps avait été faite quinze heures seulement après la mort.)

Le reste du tube digestif et les autres viscères abdominaux nous parurent être dans leur état physiologique.

Examen de l'œil gauche. La cornée transparente était épaisse et complètement opaque; l'ouverture de l'iris était entièrement oblitérée par une membrane blanche, épaisse de plusieurs lignes, dont le pourtour adhérait à la petite circonférence de l'iris : il n'y avait plus de trace de cristallin. Le corps vitré existait, mais il avait une teinte laiteuse; il était d'une densité remarquable; et son intérieur était traversé par quelques intersections fibreuses qui semblaient appartenir à la membrane hyaloïde. On ne trouvait plus aucune trace de rétine; mais à la place de cette membrane existait une petite coque osseuse percée à son centre d'un petit trou. La surface concave de cette production osseuse était appli-

quée sur le corps vitré ; on n'y découvrait aucun vestige des ramifications du nerf optique. Sa surface convexe était recouverte, comme de coutume, par la choroïde, qui avait conservé son aspect ordinaire.

Le nerf optique gauche était plus petit que l'autre et d'une couleur grise, depuis la selle turcique jusqu'à son entrée dans l'œil. Il se terminait au trou central de la coque osseuse ci-dessus décrite par un bouton d'apparence fibreuse, assez semblable au renflement que l'on trouve à l'extrémité des nerfs dans les membres amputés. Depuis leur origine encéphalique, jusqu'à leur entrecroisement, les deux nerfs optiques étaient parfaitement semblables.

Chez l'individu qui fait le sujet de l'observation qu'on vient de lire, deux espèces d'altérations furent trouvées à l'intérieur du crâne, et toutes deux eurent leur part dans la production des symptômes. L'une de ces altérations existait depuis long-temps : c'étaient ces adhérences celluleuses qui unissaient l'une à l'autre les deux feuillets de l'arachnoïde. Une telle altération est fort rare, et très vraisemblablement c'était d'elle que dépendaient les anciens maux de tête dont se plaignait le malade. Mais pourquoi la céphalalgie était-elle habituellement plus intense à gauche qu'à droite ? L'anatomie ne nous l'apprit pas. L'exaspération de cette ancienne céphalalgie marqua le début de la maladie aiguë pour laquelle cet individu entra à la Charité, et qu'expliquèrent suffisamment les épanchemens purulens qu'on trouva à la face supérieure du cerveau, à sa base, et dans l'intérieur des ventricules latéraux. Nous ferons remarquer la disposition de la couche purulente de la base, limitée à un seul des

pédoncules cérébraux, au gauche, ainsi qu'à la moitié gauehe seulement du mésoeéphale et du bulbe rachidien; nous ferons remarquer aussi eette sorte de gaîne purulente qui entourait les nerfs émanés du eôté gauehe de ee bulbe. Est-ce en raison de ces eireonstanees anatomiques que dans les derniers temps la paupière gauche et la joue du même côté furent frappées de paralysie, en même temps que toute espèee de mouvement sembla perdu dans le bras droit? Au milieu de ees graves altérations des méninges, voyez eomme la substanee eérébrale reste parfaitement intaete!

Une violente céphalalgie, une fièvre, un malaise général, voilà tout ce qu'on observa pendant les premiers jours de la maladie. Du délire commença à se manifester le 4e jour; et le 5e ce délire fut remplaeé par un état eomateux qui alla en augmentant jusqu'au 10e jour, époque à laquelle succomba le malade, peu de temps après que se furent montrés des symptômes de paralysie. Dirons-nous, pour expliquer cette succession de phénomènes, que les méninges de la convexité des hémisphères s'irritèrent d'abord, et que ee fut alors qu'apparut le délire? Dirons-nous que l'état comateux qui succéda à ce délire annonça la propagation de la méningite vers la base de l'encéphale, et dans les ventricules? Mais plusieurs des observations précédemment citées nous ont appris qu'il n'est pas toujours possible d'établir, d'après les symptômes prédominans, quelle portion des méninges est spécialement affectée.

La eireulation ne présenta pas iei la lenteur qu'elle nous a offerte dans d'autres eas. Naturel à l'époque où le malade entra à la Charité, le pouls devint fréquent et fébrile, à mesure que l'état comateux se prononça de plus en plus. C'est le contraire de ce que nous avons observé chez d'autres malades.

XXVIIe OBSERVATION.

Délire au début; plus tard état comateux. Persistance de ces symptômes pendant un mois. Epanchement séreux considérable dans la pie-mère de la convexité des hémisphères cérébraux et dans les ventricules. Aqueduc de Sylvius dilaté par de la sérosité. Plaques osseuses au fond de l'œil.

Un charretier, âgé de 70 ans, borgne, entra à la Charité le 1er mars 1826, dans un état de délire qui portait spécialement sur ses occupations habituelles. Ainsi, il était continuellement occupé à appeler, à exciter ses chevaux à haute voix. Mais, lorsqu'on l'interrogeait, on n'obtenait quelques réponses de lui que très difficilement. Le pouls était d'une remarquable irrégularité. Huit à dix jours se passèrent dans cet état; puis il cessa de parler, et tomba dans le coma: yeux fermés, immobilité des traits, apparence de sommeil. Lorsque plusieurs fois on l'a interrogé à haute voix, en le secouant un peu fortement, il ouvre les yeux, balbutie quelques mots, et s'assoupit de nouveau. De temps en temps les joues se gonflent passivement à chaque expiration. La langue, qu'on parvient parfois à lui faire tirer, est couverte d'un enduit glaireux, ainsi que les dents. La peau a peu de chaleur; le pouls conserve son irrégularité; on sent l'artère radiale ossifiée; l'oreille, appliquée sur la région précordiale, n'y reconnaît rien d'insolite. Cet homme reste pendant trois semaines dans l'état que nous venons de décrire; seulement il s'affaiblit chaque jour, et succombe sans présenter, le jour de sa mort, d'autres symptômes que les jours précédens.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Sur toute l'étendue de la face supérieure et latérale des hémisphères cérébraux, la pie-mère est infiltrée d'une grande quantité de sérosité limpide qui s'écoule en nappe, au moment où l'on incise l'arachnoïde ; celle-ci est soulevée de plusieurs lignes par cette sérosité. De nombreuses granulations blanches (glandes de Pacchioni) existent sur les deux côtés de la faulx cérébrale ; on en trouve aussi plusieurs disséminées en divers points de l'arachnoïde de la convexité des hémisphères, loin de la faulx. Les ventricules latéraux sont notablement distendus par une grande quantité de sérosité limpide. Il en est de même du troisième ventricule, ainsi que de l'aqueduc de communication avec le quatrième ; cet aqueduc présente une cavité beaucoup plus grande que de coutume.

La substance cérébrale ne présente nulle part de lésion appréciable ; elle contient fort peu de sang ; les plèvres choroïdes sont pâles. Les artères carotides internes et vertébrales présentent de nombreux points d'ossification.

Thorax. Plusieurs lobules du sommet du poumon droit sont convertis en un tissu dur, noir, imperméable à l'air. Ce sommet adhère à la plèvre par des adhérences celluleuses intimes.

Le cœur est normal sous le rapport de l'épaisseur de ses parois, et de la grandeur de ses cavités. Un sang noirâtre, ayant la consistance d'une gelée de groseille molle, remplit les cavités droites. Leur surface interne est d'un rouge intense. Les cavités gauches sont vides et blanches. Les valvules aortiques sont ossifiées à leur base ; il y a une autre os-

sification en un point du bord adhérent de la valvule mitrale. L'aorte est très dilatée jusqu'à sa bifurcation ; cependant sa texture est à peine altérée ; on remarque à peine à sa surface interne quelques taches blanches qui n'en altèrent pas le poli ; on en trouve une plaque osseuse qu'immédiatement au-dessus de la bifurcation. Le point d'origine de deux iliaques primitives est séparé par une sorte de crête osseuse qui fait saillie à l'intérieur du vaisseau. L'ossification devient tout à coup très considérable dans chaque artère fémorale. Cette ossification occupe toute la circonférence de l'artère, et la transforme en une sorte de conduit inflexible. Une couche épaisse de matière ossiforme, interposée entre la membrane interne et la moyenne, produit un épaississement très notable des parois de l'artère, et en même temps un rétrécissement de sa cavité. Les artères des membres supérieurs présentent le même genre d'ossification. Enfin, ce qui est plus rare que les lésions précédentes, une tache blanche, de la largeur d'une pièce de dix sous, formée par un dépôt de substance osseuse, apparaît à la surface interne de l'artère pulmonaire, un peu au-delà des valvules tricuspides.

Cinq tumeurs, ayant chacune le volume d'un gros pois, noires et molles, soulèvent la membrane muqueuse de l'œsophage, à quelques lignes au-dessus de l'orifice cardiaque de l'estomac. Ces tumeurs sont constituées par des renflemens de veines ; ce sont de véritables varices.

Abdomen. La membrane muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac s'enlève en pulpe vers le grand cul-de-sac ; elle offre quelques bandes rougeâtres peu considérables. Le reste du tube digestif est exempt de toute altération appréciable.

Examen de l'œil droit et des nerfs optiques.

La place de la cornée transparente était occupée par la

sclérotique, qui, dans ce point, présentait un froncement notable. Au centre de ce froncement on n'observait plus qu'un très petit espace occupé par un débris de la cornée. A l'intérieur du globe de l'œil, qui était beaucoup moins volumineux que l'autre, on ne trouvait plus ni cristallin ni corps vitré; on n'y découvrait rien autre chose que la choroïde noire comme de coutume, et au devant d'elle quelques petits fragmens de matière osseuse, isolés les uns des autres, qui ne tenaient à rien. Il n'y avait pas d'apparence de rétine.

Le nerf optique droit, depuis la selle turcique jusqu'à son entrée dans le globe de l'œil, était des deux tiers moins volumineux que le gauche, et il offrait une teinte grisâtre. Derrière la commissure, aucun des deux nerfs ne présentait d'altération appréciable.

La lésion trouvée ici dans les méninges diffère de celle que nous ont offerte les observations précédentes. Ces membranes ne présentent nulle part la moindre trace d'injection; nulle part non plus on n'y rencontre de pus épanché : seulement une sérosité limpide très abondante infiltre la pie-mère de la périphérie du cerveau, et remplit ses diverses cavités. Les symptômes observés pendant la vie ont aussi quelque chose qui différencie cette observation des précédentes; enfin la durée de la maladie est fort remarquable : pendant un mois, cet individu reste à l'hôpital, huit jours dans un état d'excitation et de délire, trois semaines entières dans le coma.

Voilà deux observations de suite qui nous présentent des cas d'ossification des membranes qui tapissent le fond du globe oculaire chez deux individus privés depuis long-temps d'un des yeux. Cette ossification n'avait pas la même forme dans

chacun de ces cas ; la première forme a déjà été décrite ; nous ne sachions pas qu'on ait signalé la seconde. Nous ferons aussi remarquer dans le premier cas l'oblitération de la pupille par une membrane accidentelle, et l'existence de lames fibreuses disposées comme des cloisons à l'intérieur du corps vitré. Enfin nous rappellerons que dans les deux cas la portion de nerfs optiques située entre les commissures et le globe oculaire malade était la seule partie de ces nerfs qui présentât quelque altération ; c'était une diminution de volume, avec couleur grise de leur substance.

CHAPITRE V.

OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DES ENVELOPPES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

XXVIIIe OBSERVATION.

Arachnitis spinale. Arachnitis de la base et de la convexité du cerveau. Sérosité lactescente dans les ventricules.

Une couturière, âgée de 28 ans, mère de quatre enfans, est vivement affectée de quelques propos outrageans qui lui sont adressés; les règles alors au milieu de leur cours se suppriment, et cette femme est prise aussitôt d'un violent frisson qui dure vingt-quatre heures.

Le lendemain, chaleur vive; soif ardente; serrement à la gorge; boule hystérique très prononcée.

Le troisième jour : vomissemens bilieux; toutes les boissons, même les plus douces, sont rejetées.

Le quatrième jour : nouveaux vomissemens; disparition complète des symptômes hystériques; la malade entre le soir à la Charité, et présente le lendemain matin l'état suivant :

Le cinquième jour : face très rouge; yeux brillans et animés; cou gonflé; tête renversée en arrière, fléchie latéralement, ne pouvant sans de grandes douleurs être ramenée en avant; une douleur continuelle se propage tout le long de la colonne vertébrale, depuis le grand trou occipital jusqu'au sacrum; le moindre mouvement l'exaspère au point

d'arracher des cris à la malade ; elle n'est point augmentée par la pression ; la respiration est gênée et haletante ; le pouls vif et fréquent ; la peau chaude et sèche ; la langue dans l'état naturel ; le ventre souple et indolent ; depuis quarante jours, il n'y a pas eu de selle (*quinze sangsues à l'anus ; lavement purgatif ; pédiluves sinapisés ; boissons mucilagineuses ; frictions sur l'épine avec un liniment calmant.*

Le sixième jour : diminution des douleurs (*on applique un vésicatoire à la nuque, et vingt-quatre sangsues derrière chaque oreille.*

Le septième jour : sommeil agité ; sensibilité de la tête et du dos exaltée ; raideur tétanique de la nuque et du tronc ; face pâle exprimant la douleur ; respiration plus pénible que les jours précédens ; pouls conservant la même fréquence (*saignée du bras ; vésicatoire au sacrum ; sinapismes aux jambes ; lavement avec l'assa-fœtida*).

Trois minutes après la saignée, le sang était couvert d'une couenne épaisse, à bords relevés, franchement inflammatoire. Au bout d'une heure, l'état de la malade avait subi une amélioration sensible ; la face avait une expression plus naturelle ; l'anxiété générale était moindre ; la respiration plus libre ; la peau, qui jusqu'alors avait été sèche, se couvre d'une sueur abondante : ce changement favorable engage à réitérer la saignée.

Le huitième jour : le mieux se soutient ; il survient toutefois pendant la nuit un peu de délire (*même traitement ; une nouvelle saignée ; on fait sécher les vésicatoires*).

Le neuvième jour : le sang de la dernière saignée offre le même aspect inflammatoire que celui des deux premiers jours, mais l'ensemble des symptômes est moins satisfaisant ; douleur de la tête et du dos plus vive ; face grippée ;

traits fortement altérés; regard incertain; réponses lentes et pénibles (*vingt-quatre sangsues en forme de cordon sur chaque côté de la colonne vertébrale; lavement avec deux onces d'huile de ricin*).

A quatre heures du soir, la malade ne répond pas aux questions qui lui sont adressées; sueur abondante; gémissemens continuels; soubresauts de tendons; pouls petit, fréquent; respiration courte.

Le dixième jour : sueur froide et visqueuse sur la face; yeux éteints, insensibles à toute impression extérieure; on ne peut exciter aucun mouvement, soit en pinçant, soit en tordant la peau; carphologie; soubresauts des tendons tellement multipliés, qu'ils empêchent de sentir le pouls; trismus violent : mort à midi.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le canal rachidien ouvert dans toute son étendue, et la dure-mère incisée, on trouve une couche de matière blanchâtre, opaque, membraniforme, étendue sur le rachis depuis le grand trou occipital jusqu'au sacrum; en la pressant avec le doigt, on fait refluer dans le crâne un liquide trouble mêlé de grumeaux albumineux; en grattant avec le scalpel sur cette couche membraniforme, l'instrument glisse et n'enlève rien, ce qui semble annoncer l'existence d'une membrane au-dessus de cette couche : la dissection ne tarde point à la démontrer. En détachant l'arachnoïde de la surface interne de la dure-mère, on parvient à voir que la membrane diaphane qui recouvre la couche purulente n'en est qu'une continuation; c'est évidemment la portion de l'arachnoïde qui dans l'état ordinaire tapisse la pie-mère, et qui en est ici

séparée par une couche purulente : ici donc, le pus se trouve exhalé, non dans la cavité même de la membrane séreuse, mais à la surface externe de cette membrane, dans le tissu cellulaire qui l'unit à la pie-mère.

Sur le cerveau, l'arachnoïde et la pie-mère sont fortement injectées vers la scissure de Sylvius. Du côté droit, existe une concrétion albumineuse, pareille à celle qui remplit le canal vertébral ; on en trouve une autre plus épaisse, à la surface externe de l'hémisphère droit, près de la grande scissure inter-lobulaire. Des concrétions semblables aux précédentes existent au-dessous de la tente du cervelet, surtout dans le voisinage de l'éminence vermiculaire supérieure ; enfin, on en trouve une plus grande quantité que partout ailleurs, entre la face inférieure du cervelet et la base du crâne. Les ventricules latéraux et le troisième ventricule, sont fortement distendus par une grande quantité de sérosité lactescente. Les organes de la poitrine et de l'abdomen sont sains.

Cette observation présente réunis différens symptômes qui caractérisent de la manière la plus tranchée l'inflammation aiguë des membranes de la moelle. Cependant ce n'est point par ces symptômes que commence la maladie. A son début, on l'eût prise volontiers pour une simple névrose, et peut-être n'était-elle pas d'abord autre chose : nous croyons, du reste, qu'il en est ainsi dans beaucoup de cas, et qu'un certain nombre d'inflammations sont précédées d'une simple perturbation nerveuse, en laquelle consiste au principe toute la maladie : alors des narcotiques en font merveilleusement disparaître les symptômes ; mais laissez-la marcher, et bien-

tôt elle aura ehangé de nature ; et ces désordres fonctionnels, qui tout-à-l'heure eneore étaient l'expression d'un trouble tout isolé de l'innervation, seront désormais produits et entretenus par un travail inflammatoire ; désormais aussi les nareotiques seraient nuisibles, et d'autres moyens doivent les remplaeer.

Pendant cette première période, qui paraît toute nerveuse, apparaissent aussi des vomissemens qui, si souvent, se lient aux affeetions eérébrales, en marquent le début, et en préeèdent les symptômes earaetéristiques. Ce n'est que du quatrième au cinquième jour, après la manifestation de ees divers aceidens, que se montrent enfin les premiers phénomènes qui puissent révéler la nature et le siége de la maladie. L'intelligenee reste long-temps intaete ; au eontraire, le sentiment et le mouvement sont gravement altérés. Dans aueune des observations préeédentes, nous n'avons vu rien de semblable à eette douleur vive qui régnait tout le long de la colonne vertébrale, et qu'accompagnaient des accidens tétaniques. Vers la fin, ees symptômes caractéristiques eessent, et ils sont tout simplement remplacés par eeux que nous avons notés dans plus d'un eas de simple méningite eérébrale ; c'est que cette dernière existait aussi ; mais vraisemblablement l'inflammation n'avait monté du eanal raehidien dans le crâne que vers les derniers temps. Comment ne pas remarquer ee mieux passager à la suite duquel on n'observa plus que les symptômes de la méningite raehidienne ?

Une fois la première période passée, les vomissemens cessèrent, et dès ee moment les fonctions digestives ne présentèrent plus aucun trouble notable. Le pouls resta constamment fréquent, et la respiration offrit une gêne plus notable et plus constante que chez la plupart des sujets dont nous

avons rapporté jusqu'à présent les observations. Cela dépendait-il de ce que l'affeetion portait iei spécialement sur la moelle épinière, dans laquelle nous eomprenons le bulbe rachidien? Nous sommes portés à le penser.

Avant de terminer ees réflexions, nous ferons eneore remarquer la eause morale qui amena la suppression des règles, et qui fut immédiatement suivie du développement d'aecidens graves. C'est eneore là une raison pour penser que dans le prineipe eeux-ei furent purement nerveux.

XXIXe OBSERVATION.

Luxation spontanée des deux premières vertèbres cervicales. Hémiplégie.

Un homme, âgé de 35 ans, cordonnier, bonne constitution, cheveux noirs, peau brune, a toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est qu'il a eu deux fois la syphilis, et trois fois la gale. Il dit avoir été bien traité de ees deux maladies. Dans le courant de l'année 1818, il ressentit au genou gauche une douleur qui persista trois semaines; puis elle se déplaça et se montra aux reins, où elle resta fixée pendant quatre ou cinq mois. Plus tard elle reparut sur le devant de la poitrine; elle se transporta ensuite à la cuisse gauche, et y demeura pendant huit mois. Quinze jours après sa disparition, Fontaine ressentit une nouvelle douleur au côté gauche de la tête; elle s'étendit bientôt au même eôté de la face. Cette douleur persistait eneore au mois d'avril 1822. A eette époque, le malade commença pour la première fois à se plaindre du cou. Les mouvemens de eette partie devinrent gênés; puis, vers le eommencement du mois de mai, le malade rendit pendant plusieurs jours, eomme par régurgitation, une grande quan-

tité de pus. M. Hervey de Chégoin, qui vit le malade à cette époque, pensa que cette évacuation purulente était due à un abcès formé entre le pharynx et la colonne vertébrale, et ouvert dans le pharynx. Cependant elle cessa spontanément au bout de quelques jours; mais à dater de cette époque la face du malade s'altéra d'une manière rapide; il maigrit beaucoup; il continua à éprouver une douleur au côté gauche du cou, sa tête s'inclina sur l'épaule droite, et sa face se tourna du même côté. Le 6 juin, les doigts de la main gauche devinrent le siége d'un picotement incommode; le 7, ils étaient engourdis, et ne pouvaient être remués que difficilement; le 8, tout le membre thoracique gauche était privé de mouvement; le 9, le malade s'aperçut que le membre abdominal gauche était un peu plus faible que le droit.

Entré à la Charité le 10 juin, il présenta l'état suivant :

Décubitus sur le dos; tête et face inclinées à droite, sans qu'aucun des membres *sterno-mastoïdiens soit sensiblement contracté*; élancemens très douloureux dans tout le côté gauche de la tête; pupille gauche moins large que la droite; conjonctive de ce côté fortement injectée; paupière gauche un peu abaissée sur l'œil; vision égale des deux côtés; aucune illusion des sens; facultés intellectuelles intactes; perte complète de la faculté contractile du bras gauche, qui ne présente aucune espèce de contraction; la sensibilité y est conservée intacte; diminution notable du mouvement du membre abdominal gauche.

Langue un peu rouge; appétit; constipation; urines ordinaires; pouls lent.

Un cautère existait à la nuque, on recommanda de l'entretenir.

Le lendemain 11, la tête ayant été un peu dérangée de sa

position pendant le pansement, et ramenée légèrement à gauche, ainsi que la face, les deux membres droits perdirent tout à coup la faculté de se mouvoir; ils la recouvrèrent dès que la tête eut repris sa position accoutumée.

Le 12, le 13 et le 14, délire la nuit; pouls fréquent; même état d'ailleurs. Limonade; sinapismes.

Le 15, le pouls a perdu sa fréquence.

Le 26, à six heures du matin, le malade était dans le même état que les jours précédens; il causait paisiblement avec ses voisins, et rien n'annonçait encore que sa fin fût prochaine. A sept heures, il cessa tout à coup de parler, son corps se couvrit d'une sueur froide; sa respiration devint d'une lenteur remarquable, puis s'arrêta entièrement, et le malade succomba à sept heures et demie.

OUVERTURE DU CADAVRE

25 heures après la mort.

Le cerveau, examiné avec le plus grand soin, ne présenta dans sa substance aucune lésion appréciable; ses ventricules étaient à peu près vides; l'arachnoïde extérieure offrait une assez vive injection.

A l'instant où le mésocéphale fut séparé du bulbe rachidien, nous vîmes s'écouler en abondance du grand trou occipital un pus sanieux d'un gris rougeâtre. Le ligament transversal de l'atlas, qui sépare la moelle épinière de l'apophyse odontoïde était entièrement détruit, et cette apophyse était en contact immédiat avec la moelle, qui, pressée par elle, était transformée à son niveau en une véritable bouillie. L'apophyse, dans toute son étendue, était rugueuse et inégale.

La cavité articulaire supérieure de la masse latérale gauche

de l'atlas ne tenait plus par aucun lien ligamenteux, par aucune capsule, au condyle de l'occipital, l'une et l'autre présentaient un aspect noir et rugueux; elles baignaient dans une grande quantité de pus. La partie gauche de l'arc postérieur de l'atlas était également cariée.

L'apophyse articulaire inférieure de l'atlas, et la supérieure de l'axis du côté droit étaient aussi séparées l'une de l'autre, et leur surface était noire et rugueuse.

Enfin, la partie gauche de la face antérieure du corps de l'axis était également privée de périoste, et hérissée de nombreuses aspérités; elle était séparée du pharynx par une collection purulente d'un gris sale, et qui communiquait avec ce conduit par un trajet fistuleux dont l'orifice correspondait au niveau à peu près de la quatrième vertèbre cervicale.

La colonne vertébrale ne présente aucune autre lésion, non plus que la moelle.

Les viscères thoraciques et abdominaux parurent dans leur état physiologique.

Essayons de rapprocher les lésions trouvées chez cet individu des symptômes qu'il a présentés pendant la vie, et voyons jusqu'à quel point les unes peuvent clairement expliquer les autres.

Il est d'abord bien évident que l'évacuation purulente qui avait eu lieu par la bouche deux mois environ avant la mort avait effectivement l'origine que lui avait attribuée notre estimable confrère M. Hervey; il est vraisemblable que du pus devait s'écouler encore journellement par l'orifice fistuleux dont était percée la paroi postérieure du pharynx; mais

ne sortant qu'en petite quantité à la fois, il passait probablement dans l'estomac.

Il est encore vraisemblable que la maladie des deux premières vertèbres cervicales commença long-temps avant qu'elle ne se manifestât par aucun symptôme bien tranché; mais à mesure que cette maladie fit des progrès, les divers ligamens qui assurent les rapports mutuels de l'occipital et des deux premières vertèbres se détruisirent peu à peu, et subirent enfin une désorganisation totale. Dès que cette destruction fut portée à un certain degré, le déplacement des surfaces articulaires dut en être la suite inévitable; de là, compression de la moelle par les vertèbres luxées. Mais il y avait également une luxation à droite et à gauche. L'inclinaison de la tête et de la face à droite nous indique que le déplacement avait eu lieu surtout à gauche, dans l'articulation atloïdo-occipitale; aussi la paralysie existait-elle de ce côté. Un jour, l'on observa une paralysie momentanée du côté droit, à la suite d'un léger changement dans la position de la tête. Ce fait se conçoit encore facilement, en admettant que dans ce changement de position les surfaces articulaires malades du côté droit vinrent à chevaucher l'une sur l'autre.

L'inclinaison permanente de la tête, sans contraction des muscles sterno-mastoïdiens, aurait pu porter à soupçonner l'existence d'une luxation des vertèbres.

La manière dont la tête s'inclinait sur l'épaule, sans que le cou semblât participer à cette flexion, comme cela arrive dans les mouvemens naturels, indiquait que la luxation avait lieu très haut.

Il faut encore admettre que d'abord l'apophyse odontoïde ne subit qu'un très faible déplacement. Mais il arriva une époque où, soit à la suite de quelque mouvement brusque,

soit par la destruction spontanée du ligament transversal, la moelle épinière se trouva comprimée et désorganisée par cette apophyse. Nous pouvons rapporter ce phénomène à l'époque où le malade cessa tout à coup de parler, et où sa respiration s'embarrassa ; la mort survint dès que la désorganisation de la moelle fut telle qu'elle cessa de pouvoir remplir ses fonctions.

Nous ne chercherons point à discuter si quelque rapport existait entre la maladie des os et la syphilis ou l'affection rhumatismale dont ce malade avait été tour à tour atteint ; mais beaucoup de médecins n'hésiteraient pas sans doute à reconnaître comme cause de la carie des vertèbres l'une ou l'autre de ces affections.

Résumé.

CHAPITRE PREMIER.

DÉSORDRES CONSTATÉS DANS LES MÉNINGES PAR L'OUVERTURE DES CORPS.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS DE LA DURE-MÈRE.

Nous avons rencontré beaucoup plus rarement des lésions dans la dure-mère que dans les deux autres membranes qui enveloppent le cerveau.

Dans les observations particulières que nous avons rapportées, il en est deux qui nous ont offert des exemples remarquables de tumeurs développées à la surface interne de la dure-mère. L'une de ces tumeurs avait son siége dans la portion de dure-mère qui est en contact avec la voûte du crâne; l'autre s'était formée sur l'une des deux portions de la tente du cervelet. Ces deux tumeurs avaient une texture analogue à celle de la dure-mère elle-même. L'une d'elles était exclusivement constituée par du tissu fibreux. Dans l'autre, à ce tissu fibreux était mêlée une certaine quantité de matière ossiforme. L'un et l'autre de ces produits anormaux avait

une grande ressemblance avec les corps fibreux de l'utérus. Dans les deux cas, la substance nerveuse s'était atrophiée plutôt qu'elle ne semblait avoir été refoulée, là où elle se trouvait en contact avec les tumeurs.

Dans l'un de ces deux cas, nous ne pûmes rapporter à aucune cause appréciable la maladie de la dure-mère. Dans l'autre cas, ce fut à la suite d'une violence extérieure qui porta sur l'occipital, que la tente du cervelet devint le siége de cette végétation ostéo-fibreuse dont l'observation présente la description détaillée. Voilà encore un de ces cas où il faut bien avoir recours à l'existence d'une disposition toute spéciale pour expliquer ces lésions infiniment variées qu'une même cause peut produire.

Nous avons vu seulement le cadavre d'une femme, âgée de trente ans environ, qui nous offrit une lésion semblable à celles dont il vient d'être question; sa nature était la même; mais son siége était différent. C'était une tumeur purement fibreuse, du volume d'une grosse noix, et qui tenait par un assez large pédicule à la portion de son étendue sur la fosse latérale moyenne gauche de la base du crâne.

Une de nos observations nous a montré une ossification considérable du grand repli de la dure-mère que l'on connaît sous le nom de faulx du cerveau; de toutes les parties de la dure-mère, c'est celle que nous avons trouvée le plus souvent incrustée de phosphate calcaire. Dans deux cas où elle ne nous présenta aucune trace de substance ossiforme, cette faulx était transformée dans la presque totalité de son étendue en une large plaque de texture cartilagineuse.

Le tissu cellulaire très fin interposé entre le tissu propre de la dure-mère et celui de l'arachnoïde qui en tapisse la surface interne nous a montré quelques lésions dignes de remarques.

D'abord nous y avons rencontré de ces plaques cartilagineuses ou osseuses dont nous venons de parler dans l'alinéa précédent, et nous avons établi ailleurs que les ossifications des membranes fibreuses ont bien plus souvent leur siége dans le tissu cellulaire qui touche immédiatement ces membranes que dans leur tissu propre (1).

Une seule fois nous avons trouvé l'arachnoïde séparée de la portion de dure-mère qui correspond à la voûte du crâne par de petits foyers de pus; entre eux les membranes paraissaient être saines. Ces foyers étaient au nombre de cinq; ils n'existaient que du côté gauche; chacun d'eux se montrait comme une couche blanche épaisse de trois à quatre lignes, interposée entre l'arachnoïde et la dure-mère. Il y avait en même temps infiltration séro-purulente dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères.

Nous n'avons jamais rencontré de sérosité épanchée entre l'arachnoïde et la dure-mère.

Mais deux des observations que nous avons citées nous ont montré un épanchement de sang considérable effectué entre ces deux membranes. L'arachnoïde se trouvait décollée, sans que son tissu fût d'ailleurs altéré en aucune façon. Il est vraisemblable que dans ces deux cas le sang exhalé hors de la cavité de l'arachnoïde fut fourni par les vaisseaux de la dure-mère.

ARTICLE II.

LÉSIONS DE L'ARACHNOÏDE.

Les lésions de l'arachnoïde, comme celles des autres membranes séreuses, portent spécialement sur ses produits de sé-

(1) *Précis d'Anatomie pathologique.*

crétion. Celle-ci peut être modifiée de diverses façons, bien qu'en même temps l'arachnoïde ne reçoive pas plus de sang que de coutume, et qu'elle n'ait subi dans sa nutrition aucune modification appréciable.

On ne doit admettre que l'arachnoïde a été le siége d'une sécrétion morbide, que lorsque le produit de cette sécrétion se retrouve dans sa cavité même. Or, ce cas est lui-même beaucoup plus rare que celui dans lequel le produit morbide se rencontre en dehors de l'arachnoïde, dans le tissu cellulo-vasculaire qui constitue la pie-mère.

Les produits morbides dont nous avons constaté l'existence dans la cavité même de l'arachnoïde sont les suivans.

1° Un épanchement de sérosité claire et transparente. Un semblable épanchement est très rare à la face supérieure du cerveau, il est plus commun à la base du crâne, vers les fosses occipitales.

2° Un épanchement de sérosité trouble, lactescente, avec flocons purulens. Nous n'avons vu qu'une seule fois un épanchement de cette sorte dans la grande cavité de l'arachnoïde.

3° Des fausses membranes non encore organisées, tapissant l'un ou l'autre des faces libres de l'arachnoïde.

4° Des fausses membranes plus anciennement formées que les précédentes, d'organisation séreuse, étendues sur l'une ou l'autre surface libre de l'arachnoïde.

5° Des adhérences, d'aspect celluleux, analogues aux brides de la plèvre et s'étendant l'une des surfaces libres de la membrane séreuse à son autre surface libre. Une de nos observations nous a montré un cas de ce genre qui est fort rare.

Il est quelques cas dans lesquels, au lieu de l'un ou l'autre de ces produits anormaux, nous n'avons trouvé autre chose qu'une sécheresse remarquable de l'arachnoïde à sa surface

non adhérente. Il semblait qu'en pareille circonstance il y eût eu, pendant les derniers temps de la vie, suspension de l'exhalation du fluide perspiratoire qui normalement donne à cette membrane un certain degré de poli et d'humidité.

Avec ou sans ces divers degrés d'altérations de sécrétion, jamais nous n'avons constaté dans l'arachnoïde la moindre injection vasculaire; jamais non plus nous n'y avons reconnu ni changement de couleur, ni épaississement. Il nous a toujours semblé que les cas dans lesquels l'arachnoïde paraissait au premier coup-d'œil ou colorée ou épaissie étaient des cas où il y avait lésion du tissu cellulaire subjacent.

Quelle que soit la nature de la membrane fine qui tapisse la surface interne des ventricules, cette membrane présente dans l'état pathologique à peu près les même lésions que l'arachnoïde développés autour du cerveau; mais ces lésions s'y rencontrent plus fréquemment.

Il est beaucoup plus commun, par exemple, de trouver de la sérosité épanchée en quantité notable dans les ventricules que dans la grande cavité de l'arachnoïde qui recouvre la convexité des hémisphères. La présence de cette sérosité dans les ventricules ne doit être considérée comme le résultat d'un travail morbide, que lorsque sa quantité s'élève au-dessus d'une once dans chaque ventricule latéral. Lorsqu'elle est fort abondante, elle soulève la paroi supérieure du ventricule, et en la pressant légèrement du doigt, cette paroi présente une fluctuation manifeste. A ce degré, on ne peut douter que l'accumulation de sérosité dans les cavités cérébrales ne soit un phénomène morbide. Il est rare que l'on trouve une différence notable dans la quantité de sérosité que contient chacun des ventricules latéraux. Toutes les fois que cette quantité était très considérable, nous avons trouvé le septum

lucidum et la voûte à trois piliers très ramollis, réduits même en une espèce de bouillie d'un blanc mat. Dans quelques cas, nous avons vu les deux lames du septum lucidum séparées par de la sérosité, et la cavité du cinquième ventricule devenue ainsi accidentellement des plus manifestes.

Au lieu d'une sérosité limpide, on rencontre parfois dans les ventricules un liquide trouble, semblable à du petit-lait non clarifié, au sein duquel nagent ces mêmes flocons dits albumineux qui constituent un caractère anatomique si fréquent des pleurésies ou des péritonites.

Enfin quelques unes de nos observations nous ont montré les ventricules remplis par un amas de véritable pus, qui, en raison sans doute de sa plus grande pesanteur, se trouvait surtout accumulé en grande quantité soit à la partie inférieure de chaque ventricule latéral, soit dans la cavité ancyroïde.

Dans la plupart des cas où du pus existe à l'intérieur des ventricules latéraux, on en rencontre en même temps en quelques points du tissu cellulaire sous-arachnoïdien qui entoure les centres nerveux.

La membrane qui fournit ces produits variés nous a présenté une seule fois des vaisseaux finement injectés qui tapissaient comme un réseau la surface interne des parois des ventricules. Dans tous les autres cas observés par nous, dans ceux mêmes où du pus remplissait les cavités ventriculaires, aucune lésion appréciable n'apparaissait dans la membrane qui en revêtait les parois.

Nous ne considérons pas en effet comme une altération de nutrition de cette membrane, mais comme étant encore un produit de sécrétion morbide, de petites granulations qui parfois se montrent éparses à la surface interne des parois

ventriculaires, et dont une de nos observations nous a montré un remarquable exemple.

ARTICLE III.

LÉSIONS DE LA PIE-MÈRE.

Nous les avons observées bien plus fréquemment que les lésions des deux autres membranes.

Les lésions qu'elle nous a présentées sont les suivantes :

1° L'infiltration de son tissu par une sérosité claire, incolore, transparente; tantôt cette sérosité ne forme qu'une couche mince interposée entre l'arachnoïde et la substance cérébrale; tantôt, accumulée en quantité plus considérable audessous de l'arachnoïde, elle soulève fortement cette membrane, et distend les anfractuosités cérébrales.

2° L'infiltration du tissu de la pie-mère par un liquide trouble, lactescent, et enfin par du véritable pus. Celui-ci a quelquefois une remarquable consistance; il est comme intimement combiné avec le tissu cellulo-vasculaire au sein duquel il s'est formé; il est concret, comme certaines pseudo-membranes de la plèvre ou du péritoine.

3° Un véritable état d'induration squirrheuse du tissu de la pie-mère. Nous avons vu une fois un pareil état : entre l'arachnoïde et les circonvolutions des hémisphères cérébraux, existait une couche de matière solide, d'un gris bleuâtre, épaisse de cinq à six lignes, et qui s'enlevait en une seule masse d'aspect lardacé. Cette couche existait sur presque toute l'étendue de la convexité des deux hémisphères.

4° Des kystes séreux de grandeur et de nombre variables. L'observation XX nous a montré un exemple de ces produc-

tions. Elles peuvent, à mesure qu'elles se développent, comprimer de plus en plus la substance cérébrale, et devenir ainsi, d'une manière toute mécanique, la cause d'accidens divers.

5° Des plaques cartilagineuses ou osseuses, que nous avons vues, dans un cas, recouvrir comme une seconde voûte, le quart antérieur de la convexité d'un des hémisphères cérébraux.

6° Des tubercules, tantôt peu nombreux et disséminés sur une large surface, tantôt multipliés, agglomérés, et formant par leur réunion des masses blanchâtres homogènes, qui d'une part refoulaient l'arachnoïde à travers laquelle on les apercevait, et qui d'autre part s'enfonçaient entre les circonvolutions dont elles comprimaient le tissu. Dans un cas où ces tubercules étaient ainsi agglomérés, la pie-mère avait en même temps contracté des adhérences si intimes avec la substance cérébrale, qu'on enlevait celle-ci, par volumineux fragmens, avec la pie-mère.

Il arrive souvent que la matière tuberculeuse se dépose entre deux circonvolutions dont elle comble parfaitement l'intervalle. Alors il arrive que les deux portions de pie-mère qui se développent sur chaque circonvolution viennent à adhérer fortement l'une à l'autre, et en pareil cas un examen peu attentif pourrait faire croire que c'est dans l'épaisseur même du parenchyme du cerveau que s'est formée la matière tuberculeuse.

4° Des adhérences. Elles s'établissent entre les portions de pie-mère qui abandonnent l'arachnoïde pour tapisser l'intérieur d'une anfractuosité. Alors il arrive que cette anfractuosité disparaît complètement, et que plusieurs circonvolutions se montrent comme soudées ensemble; elles sont parfois

si bien réunies qu'on ne peut les séparer qu'en les déchirant.

En terminant cette énumération, rappelons que la plupart des lésions dont les auteurs placent le siége dans l'arachnoïde, et qui sont pour eux les caractères anatomiques de l'arachnitis, résident bien plus souvent dans la pie-mère. Dans presque tous les cas, par exemple, où la convexité des hémisphères cérébraux est couverte d'une couche de sérosité ou de pus, cette couche existe au-dessous de l'arachnoïde; en passant sur cette dernière membrane le dos d'un scalpel, on déplace le produit morbide, mais on ne l'enlève pas. Quelquefois ce produit est combiné si intimement avec le tissu cellulo-vasculaire interposé entre l'arachnoïde et le cerveau, que l'on ne parvient pas même à le déplacer par le procédé que nous venons d'indiquer.

Toutes les fois que nous avons trouvé de la matière tuberculeuse déposée, autour des centres nerveux, dans leurs membranes d'enveloppe, ce n'est point l'arachnoïde qui nous a paru contenir ce produit de sécrétion morbide; il remplissait les mailles de la pie-mère. Nous pourrions en dire autant des concrétions cartilagineuses ou osseuses que l'on trouve parfois sous forme de grains ou de plaques plus ou moins étendues autour de la substance du cerveau ou de la moelle; c'est encore la pie-mère qui nous en a paru être exclusivement le siége, si ce n'est dans les cas signalés plus haut, où ces concrétions s'étaient développées entre l'arachnoïde et la dure-mère.

Enfin, c'est aussi dans la pie-mère que l'on trouve ces petits corps, vulgairement connus sous le nom de *glandes de Pacchioni*, qui chez certains sujets existent en grand nombre vers le bord qui sépare la face supérieure de la face interne de chaque hémisphère cérébral, mais dont l'existence

est loin d'être constante. Nous croyons avec plusieurs personnes que ces corps, si improprement appelés glandes, sont un produit pathologique formé dans la pie-mère, et qu'ils ne doivent pas plus exister comme condition de l'état normal, que ne doivent se montrer dans la plèvre ces brides celluleuses que quelques anciens auteurs avaient pris aussi, en raison de leur grande fréquenee, pour un produit physiologique. On trouve en effet ces brides désignées dans d'anciens anatomistes sous le nom de ligamens de la plèvre.

Que si nous revenions maintenant à considérer les simples rougeurs et les divers degrés d'injection que peuvent présenter les méninges, nous confirmerions encore par nos propres observations ce qui a été dit par Chaussier et par d'autres : nous trouverions que ces rougeurs plus ou moins vives, plus ou moins étendues, ont au moins 99 fois sur 100 leur siége exclusif dans la pie-mère, et qu'au-dessus de celle-ci l'arachnoïde reste transparente et incolore.

Cependant, tout en admettant que, dans les maladies désignées sous les noms d'arachnitis ou mieux de méningites, l'anatomie découvre bien plus souvent des lésions dans la pie-mère que dans l'arachnoïde, il ne faudrait pas non plus établir, ainsi qu'ont voulu le faire quelques auteurs, que l'arachnoïde se montre toujours intacte. S'il n'est pas encore bien démontré qu'on l'ait trouvée quelquefois ou injectée ou épaissie, au moins est-il certain (et plusieurs de nos observations en font foi) qu'on a rencontré dans sa cavité des produits morbides. Ainsi nous avons cité des cas où, dans la cavité de l'arachnoïde, étaient épanchés soit de la sérosité, soit du pus; nous en avons cité d'autres dans lesquels des adhérences celluleuses, semblables à celles de la plèvre, unissaient entr'elles les deux lames de l'arachnoïde.

Les lésions dont nous venons de constater l'existence dans la pie-mère peuvent occuper différens points de cette membrane. Elles existent plus souvent sur la convexité des hémisphères cérébraux qu'en toute autre partie.

Suivies sur cette convexité même, tantôt nous les trouverons étendues aux deux hémisphères, tantôt elles seront bornées à un seul. C'est ainsi que, dans plusieurs de nos observations, nous avons vu la surface supérieure d'un seul hémisphère d'un rouge plus ou moins vif, ou couverte de pus, tandis que l'autre était pâle, et sans trace d'infiltration purulente, ou d'aucune autre lésion.

Souvent même, ce n'est pas sur la totalité de la surface supérieure d'un des hémisphères que se montre la lésion (soit injection, soit toute autre). Elle peut n'occuper qu'une partie plus ou moins circonscrite de cette surface, et, sous le rapport des symptômes divers qui peuvent en résulter, il est bon de noter qu'il est des cas où l'on trouve soit la simple rougeur, soit l'infiltration purulente, exactement bornées 1° à l'extrémité antérieure de l'un ou l'autre hémisphère; 2° à sa partie moyenne; 3° à sa partie postérieure; 4° à ses parties latérales. La partie antérieure des hémisphères nous a semblé être le siége le plus fréquent de ces méningites partielles.

Nous nous rappelons avoir vu quelques cas dans lesquels une vive rougeur existait simultanément vers l'extrémité tout-à-fait antérieure de chaque hémisphère; partout ailleurs la pie-mère était restée pâle.

A la face inférieure du cerveau, les mêmes lésions se représentaient, mais plus souvent, si nous en croyons du moins ce que nous avons observé nous-mêmes. Là aussi, tantôt la pie-mère se montre malade dans une grande étendue; tantôt, comme à la face supérieure, on ne trouve que quelques

points affectés. Dans ce dernier cas, la partie où nous avons le plus souvent rencontré une infiltration purulente, est celle qui est située autour et en arrière de la commissure des nerfs optiques. Du pus s'observe encore assez fréquemment à l'intérieur de la scissure de Sylvius. Une de nos observations nous a montré le cas assez remarquable d'une infiltration purulente qui n'existait que sur une des moitiés des mésocéphale et du bulbe rachidien.

La pie-mère qui enveloppe le cervelet nous a paru beaucoup plus rarement affectée que la pie-mère du cerveau.

La pie-mère du prolongement rachidien offre toutes les altérations que nous venons de décrire dans celle de l'encéphale; mais, en consultant nos propres observations et celles des autres, nous trouvons que la pie-mère qui enveloppe la moelle est beaucoup moins souvent malade que la pie-mère étendue autour du cerveau proprement dit. Ce qui résulte aussi de ces observations, c'est que, dans la plupart des cas où la pie-mère qui entoure la moelle est devenue le siége d'une infiltration purulente, cette même infiltration s'est retrouvée dans la pie-mère encéphalique. Au contraire, rien de plus commun que de trouver celle-ci notablement altérée, l'autre étant parfaitement intacte.

Quant aux rapports de fréquence à établir entre les lésions des diverses parties de la pie-mère encéphalique elle-même, on trouve que les lésions de la pie-mère de la convexité des hémisphères existent plus souvent seules que les lésions de la pie-mère de la base. Dans la plupart des cas où nous avons constaté une altération dans cette dernière, nous la retrouvions soit dans les ventricules, soit sur la convexité des hémisphères.

Les maladies de la membrane qui tapisse la surface interne

des ventricules ne nous ont pas paru nécessairement liées aux maladies de la pie-mère étendue autour du cerveau, soit à sa base, soit à sa convexité. Nous avons cité en effet quelques cas dans lesquels les ventricules étaient remplis de pus, ou considérablement distendus par de la sérosité, sans qu'aucune lésion appréciable existât dans la pie-mère extérieure, non plus que dans le reste de l'arachnoïde.

Toutes les variétés possibles d'altérations des méninges peuvent exister, sans que la substance cérébrale elle-même participe en aucune façon à ces altérations. Dans la plupart des observations que nous avons rapportées, cette substance était parfaitement intacte. Mais d'autres fois on la trouve altérée en même temps que les méninges. Ainsi dans des cas où l'inflammation a surtout pour siége la portion de méninges qui revêt la convexité des hémisphères, il n'est pas rare de trouver la substance grise des circonvolutions injectée et ramollie; cette substance s'enlève alors comme une pulpe au moment où l'on essaie d'en séparer la pie-mère. Tantôt on ne trouve rien plus profondément; tantôt toute la substance médullaire des hémisphères présente sur chaque tranche une grande quantité de points rouges qui sont les orifices divisés d'autant de vaisseaux gorgés de sang.

Dans quelques cas où le tissu cellulaire sous-arachnoïdien contenait une grande quantité de sérosité, nous avons été frappés de l'espèce d'œdème dont la substance cérébrale était elle-même le siége. En pressant entre les doigts cette substance coupée par tranches, on en exprimait en grande quantité un liquide séreux semblable à celui qui infiltrait la pie-mère (1).

(1) Cet *œdème cérébral* est la seule altération que nous ayons rencon-

Toutes les fois que nous avons trouvé dans les ventricules assez de sérosité pour qu'ils en fussent notablement distendus, et pour que leur paroi supérieure présentât une fluctuation manifeste, nous avons été frappés du ramollissement considérable des parties blanches centrales du cerveau, savoir, du septum lucidum, et de la voûte à trois piliers.

Dans un cas que nous avons rapporté, et où les ventricules contenaient du pus, une autre espèce de ramollissement existait : il avait son siége dans la partie la plus superficielle de la substance cérébrale qui constitue en dehors la paroi des ventricules latéraux.

Dans ces différens cas, l'altération de la substance nerveuse paraît être une simple complication de la lésion des méninges. Il est d'autres cas où, au contraire, c'est la méningite qui complique l'affection de la substance nerveuse. Ainsi, par exemple, dans certains ramollissemens fort étendus, et qui commencent tout près de la périphérie du cerveau, on trouve une méningite partielle dont les limites sont marquées par les bornes mêmes du ramollissement du cerveau.

---

trée chez un individu dont nous avons récemment ouvert le cadavre, et qui, 50 heures environ avant sa mort, était tombé tout-à-coup privé de connaissance et de mouvement. Il mourut avec tous les symptômes qui caractérisent une forte attaque d'apoplexie. Voilà une apoplexie séreuse.

CHAPITRE II.

DÉSORDRES DES FONCTIONS.

Ces désordres sont de deux espèces : les uns portent spécialement sur les fonctions des organes de la vie de relation, et servent surtout à caractériser la maladie; les autres portent sur les organes de la vie nutritive, et, bien qu'ils soient moins caractéristiques que les premiers, ils ne sont pas cependant sans importance pour établir le diagnostic. Nous allons successivement passer en revue les uns et les autres.

ARTICLE PREMIER.

DÉSORDRES DES FONCTIONS DES ORGANES DE LA VIE DE RELATION.

§ Ier.

LÉSIONS DE LA SENSIBILITÉ.

Ces lésions ont pour siége, soit les méninges elles-mêmes, soit les différentes parties qui reçoivent leurs nerfs de l'axe cérébro-spinal.

Semblables en cela aux différentes membranes fibro-séreuses, les méninges révèlent la plupart de leurs altérations par une exaltation plus ou moins vive de leur sensibilité, d'où résulte la production de la céphalalgie, qui devient un des symptômes les plus importans à considérer dans l'histoire

de la méningite. Occupons-nous d'abord de déterminer quel est le degré de fréquence de ce symptôme, dans les maladies des méninges.

Sur les vingt-huit cas d'affections des méninges cérébrales que nous avons rapportés, nous en trouvons seize dans lesquels la céphalalgie a existé, et douze dans lesquels ce symptôme n'a pas été observé. Mais parmi ces douze derniers cas, il en est un, celui relatif à l'observation v, dans lequel le malade a été à peine observé, et un autre, celui de l'observation xii, dans lequel le délire ayant existé dès le début, la douleur de tête n'a pu être accusée par le malade.

Dans les seize cas où a existé de la douleur, les altérations constatées par l'ouverture des corps ont été les suivantes :

Dans deux de ces cas (obs. i, ii), les malades ont présenté après leur mort des tumeurs développées primitivement dans la dure-mère, et qui avaient comprimé la substance nerveuse en contact avec elles.

Dans deux autres cas (obs. iii, iv), un épanchement de sang existait dans la grande cavité de l'arachnoïde.

Chez deux sujets (obs. xx, xxiii), on ne rencontra d'autre altération qu'un épanchement considérable de sérosité limpide dans les ventricules cérébraux.

Trois autres sujets (obs. vi, vii, ix) ne nous offrirent autre chose qu'une rougeur vive des méninges.

Un autre (obs. viii) nous présenta des concrétions pseudo-membraneuses déposées à l'intérieur de la grande cavité arachnoïdienne.

Sur cinq cadavres (obs. xi, xvii, xxiv, xxvi, xxviii) nous rencontrâmes la pie-mère, soit de la convexité, soit de la base, infiltrée de pus. Sur un de ces cinq sujets (obs. xxvi) existaient en outre des adhérences celluleuses qui unissaient intime-

ment l'un à l'autre les deux feuillets de l'arachnoïde déployée sur la convexité des hémisphères cérébraux. Ce sujet avait été toute sa vie tourmenté par des maux de tête.

Enfin, dans un seul cas (obs. XVIII) nous avons trouvé les ventricules remplis par un liquide purulent.

De ces faits nous sommes autorisés à conclure que la douleur qui accompagne les maladies des méninges peut exister avec des maladies de ces membranes fort différentes les unes des autres et par leur nature et par leur siége.

Recherchons maintenant quelles sont les lésions que nous avons trouvées dans les méninges chez les douze individus qui ne nous ont point présenté de céphalalgie. (Nous ne pouvons pas tenir compte ici des obs. V et XII.)

Chez deux de ces individus (obs. X, XVI), du pus infiltrait la pie-mère, soit la portion de cette membrane étendue sur la convexité des hémisphères cérébraux (obs. X), soit celle qui tapisse la base du cerveau (obs. XVI).

Un liquide séro-purulent remplissait les ventricules chez le sujet de l'obs. XIX.

Une simple sérosité, soit épanchée dans les mailles de la pie-mère, soit contenue dans des kystes, fut trouvée sur la convexité du cerveau chez les sujets des obs. XIII, XIV, XV.

Cette sérosité distendait particulièrement les ventricules latéraux dans les cas que signalent les obs. XXI, XXII.

Elle se montrait à la fois dans la pie-mère déployée sur les circonvolutions, et dans l'intérieur des ventricules, chez le sujet de l'obs. XXVII.

Enfin, l'individu dont il est question dans l'obs. XXV nous présenta un épaississement notable des méninges, tant à la convexité qu'à la base.

Il suit de ces faits que les maladies des méninges pendant

la durée desquelles nous n'avons observé aucune céphalalgie ne différaient, ni par leur nature ni par leur siége, de celles qui nous ont offert la douleur de tête comme un de leurs symptômes.

Le tableau suivant fera ressortir la fréquence plus ou moins grande de la douleur de tête dans ces cas divers :

NATURE DES ALTÉRATIONS.	CÉPHALALGIE.	ABSENCE DE CÉPHALALGIE.
Productions accidentelles développées dans la dure-mère..	2 fois	» fois.
Épanchement de sang dans la grande cavité de l'arachnoïde..	2	»
Rougeur des méninges.	3	»
Pseudo-membranes dans la cavité de l'arachnoïde.	4	»
Infiltration purulente de la pie-mère. . . .	5	2
Pus épanché dans les ventricules latéraux. .	1	1
Épanchement séreux dans la pie-mère extérieure et dans les ventricules.	2	6
Épaississement chronique des méninges.. .	»	1

De ces observations, rapprochons celles consignées dans les auteurs qui ont écrit sur la méningite des adultes.

Sur soixante-deux cas d'inflammations aiguës des méninges, exemptes de toute complication, que nous avons trouvées dans l'ouvrage de MM. Parent du Châtelet et Martinet sur l'arachnitis, il y en a cinquante dans lesquelles on trouve mentionnée la céphalalgie comme un des symptômes prédominans de la maladie; parmi les douze observations restantes, où il n'est pas question de ce phénomène, il en est

un certain nombre dans lesquels marquent plus ou moins complètement les signes commémoratifs.

Parmi les cinquante observations où la céphalalgie a été notée, les unes sont relatives à des cas de méningites de la convexité, et les autres à des cas de méningites de la base ou des ventricules.

Dance a publié dix-neuf cas d'affections aiguës des méninges caractérisées anatomiquement tantôt par un simple épanchement séreux dans les ventricules, tantôt par une vive injection des membranes, tantôt par des épanchemens de pus, soit dans les mailles de la pie-mère, soit dans les ventricules. Sur ces dix-neuf cas, trois présentent des complications qui nous empêchent d'en tenir compte sous le rapport qui nous occupe, et dans deux autres les renseignemens sur les antécédens manquent complètement. Il ne reste donc que quatorze cas dont nous puissions ici tirer parti. Or, sur ces quatorze cas, on en trouve douze où la céphalalgie a existé, et deux seulement où ce symptôme a manqué.

Dans les nombreuses observations publiées par M. le docteur Charpentier, de Valenciennes, sur l'hydrocéphale aiguë, la céphalalgie a été notée comme un des phénomènes plus ou moins prédominans de la maladie.

Il suit des faits dont nous venons d'offrir le résumé, que, dans la très grande majorité des cas, la céphalalgie est un symptôme des maladies aiguës ou chroniques des méninges, et qu'elle peut accompagner les lésions les plus variées de ces membranes, soit une injection plus ou moins vive de leur tissu, soit la formation de concrétions membraniformes à la surface libre de l'arachnoïde, soit une infiltration purulente de la pie-mère, soit un épanchement de pus à l'intérieur des

ventricules, soit une accumulation considérable de sérosité au sein de ces mêmes ventricules.

Mais cette céphalalgie peut-elle servir à distinguer, par son existence, une inflammation des méninges, et ne la retrouve-t-on pas dans d'autres maladies, qui, bien qu'ayant leur point de départ hors du cerveau, peuvent cependant donner lieu à plusieurs des symptômes qui caractérisent la méningite aiguë? Dans ce cas surtout se trouvent les inflammations aiguës du tube digestif. Ici encore, résumons les faits observés.

Sur les quarante-cinq sujets affectés d'inflammation du tube digestif, soit folliculeuse, soit simplement érythémateuse, dont l'autopsie se trouve consignée dans un des précédens volumes de notre Clinique, vingt-un nous ont offert, avant de succomber, une céphalalgie plus ou moins vive; chez les vingt-quatre autres ce symptôme n'a pas été noté; mais, parmi ces derniers, il y en a sept sur lesquels nous n'avons pas pu nous procurer assez de renseignemens pour que nous puissions affirmer que cette céphalalgie, que nous n'avons pas notée, n'a pas réellement existé.

Parmi les trente-cinq sujets dont l'ouverture des corps a été consignée dans l'ouvrage de MM. Petit et Serres sur la fièvre entéro-mésentérique, nous avons trouvé que la céphalalgie avait existé chez vingt-un, et qu'elle n'avait point été notée chez quatorze, parmi lesquels il y en a quatre sans renseignement sur les antécédens.

Sur trente-six cas relatifs à la même maladie, consignés dans l'ouvrage de M. le professeur Bouillaud sur les fièvres, la céphalalgie a existé vingt-huit fois, et n'a pas été notée dix fois.

Sur cinquante-huit cas relatés par M. Louis dans son

Traité de la fièvre typhoïde, la céphalalgie a existé quarante-quatre fois, et elle n'a pas été notée quatorze fois; dans cette seconde série, on trouve en outre trois cas où il y a absence des renseignemens suffisans.

Sur douze cas de dothinenthérie publiés par M. Trousseau (1), la céphalalgie a existé neuf fois, et n'a pas été notée trois fois.

Sur trente-sept cas de fièvres graves avec ouverture de corps relatés par M. Dance (2) (la seule lésion que l'on rencontre étant toujours dans le tube digestif), nous avons trouvé que la céphalalgie avait été mentionnée vingt-quatre fois, et qu'elle n'avait pas été notée treize fois, et encore, parmi ces treize derniers cas, il y en a sept dans lesquels manquent de suffisans renseignemens sur les antécédens.

Il suit de ces différens faits que la céphalalgie est un symptôme qui se rencontre dans d'autres cas que dans ceux où les centres nerveux sont primitivement et idiopathiquement affectés; par conséquent elle ne saurait être donnée d'une manière générale comme la preuve de l'existence d'une affection des méninges. Se montrant au début d'un grand nombre de maladies fébriles, elle annonce sans doute un trouble de l'innervation; mais elle ne dénote pas plus une véritable méningite que ne l'indiquent les douleurs des membres, si communes aussi en pareil cas. N'est-ce pas encore à ces douleurs toutes nerveuses, et qui ne se lient à aucun

(1) *Archives de Médecine*, tom. 10.

(2) *Mémoire sur le traitement des fièvres graves*, connues sous les diverses dénominations de gastro-entérite, dothinentérie, etc.; et caractérisées anatomiquement par l'engorgement et l'ulcération consécutive des follicules intestinaux. Dans les *Archives de médecine*, tom. 24, 25.

état inflammatoire des organes dans le voisinage desquels elles surviennent, qu'on pourrait attribuer un grand nombre d'épigastralgies, si fréquentes également au début des maladies fébriles, et que trop légèrement, selon nous, on est porté à attribuer toujours à une gastrite?

Toutefois, bien qu'appartenant à une foule d'affections différentes, la céphalalgie peut présenter, dans les cas de méningites, certains caractères distinctifs qui révèlent sa liaison avec une phlegmasie des membranes du cerveau. C'est ce que nous allons examiner, en étudiant tour à tour cette céphalalgie sous le rapport de son siége, de sa nature, de son intensité, de sa durée, de l'époque de son apparition et de ses connexions avec les autres symptômes.

Nous avons déjà vu que la céphalalgie se montre à peu près avec une égale fréquence, quel que soit le siége de la méningite. Nous allons rechercher maintenant si le siége de cette céphalalgie varie avec celui de l'affection, et s'il est possible de déterminer exactement le point où les méninges sont malades, d'après le point même où la douleur de tête se fait sentir.

En reprenant sous ce rapport nos seize observations où il y a eu mal de tête, nous trouvons que, dans cinq d'entre elles, le siége de la céphalalgie n'a point été indiqué, ou qu'elle est signalée comme ayant été vaguement répandue dans toute la tête. Dans les onze autres cas, elle était bornée à une partie du crâne, et s'y trouvait souvent circonscrite d'une manière très exacte.

Sur ces onze cas de céphalalgie ainsi circonscrite, il y en a six dans lesquels le siége de la lésion des méninges est indiqué avec beaucoup de précision par le siége même de la douleur. On peut s'en assurer en parcourant sous ce rapport les

obs. I, II, IV, VIII, IX, XXVIII. Ainsi, chez le sujet de l'obs. I, la partie antérieure du pariétal gauche était le siége de la douleur, et les méninges étaient lésées seulement vers la partie antérieure de l'hémisphère gauche. Dans l'obs. II, la douleur est perçue vers la portion gauche de l'occipital, et dans ce cas le lobe gauche du cervelet est comprimé par une tumeur de la dure-mère. Dans l'obs. IV, la tempe gauche est douloureuse, et la portion d'arachnoïde déployée sur la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau est spécialement lésée. Il en est encore de même dans les obs. VIII et IX; ici encore l'une ou l'autre tempe est le siége spécial de la céphalalgie, et la lésion existe dans les portions correspondantes des méninges.

Enfin, dans l'obs. XXVIII, la douleur qui se fait sentir depuis l'occipital jusqu'à la colonne lombaire correspond à la méningite, qui, dans ce cas, existe autour du prolongement rachidien.

Dans les cinq autres cas, où, comme dans ceux que nous venons de passer en revue, la céphalalgie est encore circonscrite, nous ne trouvons plus de rapport entre le siége de la douleur et celui de la lésion. Ainsi, chez le sujet de l'obs. IV, la méningite est bornée à la portion de membrane étendue sur l'hémisphère gauche du cerveau, et c'est au front que se montre d'abord la douleur. La céphalalgie est bornée au côté gauche du crâne dans l'obs. XXVI, et dans ce cas les méninges sont enflammées en totalité. L'inflammation n'occupe que les méninges de la base chez le sujet de l'obs. XVII, et chez lui les deux tempes sont le siége principal de la douleur. Enfin, la maladie réside seulement dans les ventricules chez les individus dont il est question dans les obs. XXVIII et XVIII, et chez tous deux on n'observe qu'une simple céphalalgie frontale.

Quant aux cinq cas dans lesquels nous n'avons plus trouvé

la céphalalgie circonscrite, il n'y en a, sur ces cinq, qu'un seul dans lequel les méninges sont lésées en un point circonscrit. Ce cas est celui relaté obs. VII, où la méningite était bornée à l'extrémité antérieure de chaque hémisphère cérébral. Dans les quatre autres cas, l'affection des méninges tait beaucoup plus générale; elle existait sur toute la convexité des hémisphères dans les obs. III et XI; la séreuse des ventricules était spécialement frappée dans l'obs. XX; et enfin la totalité des méninges était atteinte dans l'obs. XXIV.

De ces faits nous pouvons conclure que, bien que, dans un certain nombre de cas, le siége de la lésion des méninges soit indiqué par celui de la céphalalgie, il n'en est pas cependant toujours ainsi. Nous venons de voir, en effet, des cas dans lesquels la méningite est ou beaucoup plus étendue ou beaucoup plus limitée que ne semblerait l'annoncer le siége même de la douleur de tête. Souvent aussi c'est loin du lieu où les méninges sont malades que se manifeste la douleur. Ainsi nous avons vu une simple céphalalgie frontale coïncider tantôt avec une méningite de la base, tantôt avec une méningite ventriculaire.

Les observations dont nous avons fait le relevé dans les auteurs confirment pleinement les assertions que nous venons d'émettre. Ainsi, sur soixante-dix-huit observations consignées dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet, dont on peut tirer parti sous le point de vue qui nous occupe, on en trouve treize dans lesquelles la céphalalgie est circonscrite, comme dans les onze que nous avons rapportées; cette proportion est seulement beaucoup plus faible que la nôtre; pour l'établir définitivement, attendons un nombre plus grand d'observations. Sur ces treize cas, il y en a quatre dans lesquels, avec une méningite générale, la céphalalgie est bornée au front ou

au sinciput; il y en a sept dans lesquels, la méningite occupant la convexité des deux hémisphères, la douleur est bornée soit au front (dans trois cas), soit au front et à l'une des tempes (dans un cas), soit au front et à l'occiput (dans deux cas), soit au sinciput (dans un cas). Sur ces treize cas, il n'y en a que deux dans lesquels le siége de la douleur correspond à celui de la lésion. L'un de ces cas est relatif à un individu qui avait eu une douleur à la partie antérieure et latérale gauche de la tête, et chez lequel on trouva une infiltration séro-purulente de la portion de pie-mère étendue sur la partie antérieure et latérale de l'hémisphère gauche. L'autre cas est semblable au précédent, si ce n'est que la douleur, ainsi que la lésion, avaient lieu à droite. Ces deux faits importans appartiennent à M. le docteur Biett, qui les a consignés dans sa dissertation inaugurale.

Dans les observations publiées par Dance sur l'hydrocéphale aiguë des adultes, on ne trouve pas non plus de rapport constant entre le siége de la douleur et celui de la lésion. Dans plusieurs de ces observations, les seules altérations appréciables se trouvent à l'intérieur des ventricules, ou à la base du crâne, et la céphalalgie réside, soit au front, soit vers le sinciput.

Que si nous recherchons maintenant quel est le siége de la céphalalgie dans les fièvres graves, nous trouverons que, dans la très grande majorité des cas, la douleur est surtout frontale ou sus-orbitaire; que dans quelques-uns elle est plus particulièrement ressentie, soit aux tempes, soit au sinciput, soit à l'occipital; et que, dans quelques autres cas enfin, les malades ne peuvent en préciser le siége.

Il y a donc quelques traits de ressemblance, sous le rappart du siége, entre la céphalalgie, qui est le symptôme

d'une méningite, et celle qui existe dans les fièvres continues. Toutefois, l'on ne voit pas dans ce second cas, comme dans le premier, la céphalalgie se circonscrire d'une manière aussi exacte en certains points de la tête.

L'intensité de la céphalalgie nous paraît mériter une grande attention, lorsqu'il s'agit de transformer ce symptôme en signe. La douleur de tête qui accompagne les fièvres graves n'est le plus souvent connue du médecin que lorsqu'il interroge sur ce point le malade soumis à son investigation; celui-ci n'y porte guère qu'une attention secondaire. Dans beaucoup de cas de méningites, au contraire, c'est le malade qui, le premier, se plaint de la douleur dont sa tête est le siége; et jusqu'à ce qu'il soit tombé dans le délire ou dans le coma, cette douleur est pour lui un des phénomènes prédominans de son affection; souvent elle lui arrache des cris. Voici, du reste, à quoi, sous ce rapport, nous ont conduits nos relevés.

Dans nos observations particulières, on a pu voir que la céphalalgie avait été le plus souvent remarquable par sa grande intensité. Relisez surtout, sous ce rapport, les observations VI, VIII, IX, XVII, XVIII, XX, XXVI, XVIII.

Sur 78 cas relatifs à des méningites observées chez l'adulte, dont il est question dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet, on trouve que la céphalalgie est notée vive, violente, atroce (ce sont les expressions dont ils se servent) dans vingt-six cas, faible dans deux cas; dans les autres cas, son degré d'intensité n'est point indiqué.

Dans les douze cas de méningites aiguës avec céphalalgie publiés par Dance, il est dit (ce sont encore les expressions de l'auteur) que cette céphalalgie était violente, intolérable. Dans trois de ces douze cas, les malades pous-

saient des cris, tant était aiguë la douleur qu'ils ressentaient.

Dans les quarante-cinq cas de fièvres graves avec céphalalgie consignés dans notre Clinique, il n'y en a que cinq dans lesquels le mal de tête ait eu une intensité qui s'approchât de celle dont il vient d'être question (obs. XV, XX, XXVI, XXXIV, XXXV.)

M. Louis n'a noté que quatre fois la céphalalgie comme ayant une intensité remarquable dans les cinquante-quatre cas de fièvres typhoïdes consignés dans son ouvrage, où il est question du mal de tête.

Parmi les observations rapportées par M. Bouillaud (*Traité des fièvres*), il n'y en a qu'une seule où le mal de tête ait été notable par sa violence.

Dance n'a indiqué cette grande intensité du mal de tête dans aucune de ses observations sur les fièvres.

M. Trousseau, dans ses douze observations sur la dothinentérie, n'a fait mention que d'un seul cas dans lequel la céphalalgie ait été très violente (obs. XII).

Du reste, il ne nous a pas paru que les divers degrés d'intensité de la céphalalgie dépendissent, soit de la nature des lésions des méninges, soit de leur siége. Nous l'avons trouvée aussi vive dans des cas où il n'y avait qu'une simple injection de la pie-mère (obs. VI, IX), que dans ceux où du pus infiltrait la pie-mère (obs. XXII, XXVI, XXVII), et où une pseudo-membrane recouvrait l'arachnoïde (obs. VIII).

Cette céphalalgie était également élevée au plus haut degré de violence dans deux cas rapportés par Dance, où toute la lésion qu'on put découvrir à l'intérieur du crâne consistait dans un simple épanchement de sérosité dans les ventricules, avec aplatissement et une sorte de tassement des circonvolutions cérébrales.

Quant au siége des lésions, nous trouvons que, parmi les cas où la céphalalgie était la plus forte, les uns étaient relatifs à des méningites de la convexité des hémisphères ; d'autres à des méningites de la base de ces mêmes hémisphères ; d'autres à l'inflammation de la totalité des membranes qui entourent les centres nerveux ; d'autres, enfin, à des épanchemens de pus ou de sérum dans les ventricules.

Entre ces cas, enfin, et ceux où la céphalalgie était, soit beaucoup plus faible, soit nulle, nous ne trouvons, sous le rapport des lésions, aucune différence ; et toujours, pour expliquer tant de variétés, nous sommes obligés d'admettre des dispositions individuelles qui, à propos d'une lésion identique en apparence, vont produire, suivant les sujets, les accidens les plus divers.

La nature même de la douleur que ressentent les malades atteints de méningite n'est pas la même chez tous. Il semble à certains malades qu'un poids énorme existe dans leur crâne ; d'autres accusent de violens élancemens, soit continus, soit revenant par intervalles. Pour plusieurs c'est un bandeau qui leur comprime fortement le front ; quelques-uns disen que leur tête est serrée comme dans un étau. Tout mouvement imprimé à la tête, ou seulement au reste du corps, est souvent intolérable. Nous avons vu quelques malades dont la céphalalgie était même augmentée par une pression légère exercée sur le tégument du crâne ; nous n'avons jamais vu, au contraire, cette pression diminuer la douleur de tête, comme cela arrive si souvent dans les cas de céphalalgie dite nerveuse.

L'époque où apparaît la céphalalgie n'est pas la même chez tous les individus. Le plus souvent, cependant, elle se montre dès le début, tantôt sourde d'abord, et n'acquérant que peu

à peu une plus grande intensité; tantôt, au contraire, arrivant tout à coup à son maximum d'acuité. Sur nos seize cas de méningite aiguë ou chronique qui ont été accompagnés de céphalalgie, il y en a treize dans lesquels la douleur de tête s'est manifestée dès le commencement de la maladie. Sur trente-neuf cas publiés par MM. Parent et Martinet, que nous avons analysés sous ce rapport, nous en trouvons trente-sept dans lesquels c'est aussi dès le début que s'est montrée la céphalalgie. Dans presque toutes les observations de M. Dance, le mal de tête est également noté comme ayant apparu dès le commencement, et c'est à ce même résultat qu'on arrive encore en analysant les faits publiés par M. le docteur Charpentier.

Les cas dans lesquels la céphalalgie marque le début de la maladie nous paraissent devoir être divisés en deux séries, suivant que cette céphalalgie se montre d'abord seule, sans qu'aucun autre phénomène morbide l'accompagne encore, ou suivant que son apparition coïncide avec celle d'autres symptômes. La première de ces séries nous semble renfermer les cas les plus nombreux. De nos treize cas de céphalalgie ayant existé dès le début, mentionnés dans le paragraphe précédent, onze rentrent dans cette série. Le temps pendant lequel la céphalalgie reste le seul phénomène morbide appréciable peut varier depuis quelques heures jusqu'à plusieurs jours. Voici, à cet égard, ce que nous montrent nos observations.

Ainsi, ce temps a duré :

Dans l'obs. XX... plusieurs jours (nombre indéterminé).
obs. VI... deux jours.
obs. XVII... cinq jours.

obs. VIII... huit jours.
obs. XVIII... huit jours.
obs. IX... douze jours.
obs. XI... treize jours.
obs. IV... deux mois.
obs. II... plusieurs mois.
obs. I... une année.
obs. XXVI... plusieurs années.

Relativement aux observations I, II et XXVI, il faut noter que les deux premières ont pour objet des tumeurs développées dans les méninges, et que dans la dernière l'apparition de la céphalalgie, plusieurs années avant l'invasion de la méningite aiguë, peut trouver sa cause dans les adhérences celluleuses que nous trouvâmes entre les deux feuillets de l'arachnoïde qui tapisse la convexité des hémisphères.

Dans les observations de MM. Parent, Martinet, Dance et Charpentier, nous en trouvons également un certain nombre dans lesquelles, pendant un temps plus ou moins long, la céphalalgie se montre comme le seul symptôme. Chez plusieurs des malades de M. Dance, en particulier, nous voyons cette céphalalgie exister plus de quinze jours, sans qu'aucun autre phénomène morbide l'accompagne.

Précédant ainsi les autres symptômes, il est des cas où cette céphalalgie ne semble d'abord avoir rien de grave. Tantôt elle ressemble à une simple douleur rhumatismale; tantôt on la prendrait pour une névralgie; elle en avait surtout le caractère chez le malade dont il est question dans notre huitième observation. Il est des individus qui, pendant quelque temps, n'ont paru avoir qu'une *migraine* plus ou moins violente; la méprise était surtout facile dans les cas

où, peu de temps après l'apparition du mal de tête, survenaient des vomissemens plus ou moins abondans.

La seconde série, avons-nous dit, renferme les cas dans lesquels la céphalalgie, tout en se montrant encore au début, s'accompagne, dès le moment de son apparition, d'autres symptômes, soit d'un simple mouvement fébrile, soit de différens désordres d'innervation. Il est des cas rares dans lesquels la céphalalgie persiste avec une grande intensité pendant toute la durée de la maladie; mais le plus souvent il se développe du côté du système nerveux des accidens plus graves qui l'empêchent bientôt de pouvoir être perçue ou accusée par le malade. On peut donc établir qu'en général la céphalalgie n'existe que pendant la première période des méningites. Ce n'est que très rarement qu'on la voit survenir après cette première période.

La céphalalgie est à peu près la seule modification de la sensibilité que l'on rencontre dans les cas ordinaires de méningite. Sur les vingt-huit observations que nous avons rapportées, il n'y en a que quatre qui nous aient offert quelque autre trouble du côté de cette faculté. Dans l'une (obs. VII), la sensibilité de la peau était exaltée d'une manière singulière; dans deux autres (obs. XVI et XXXVIII), la sensibilité cutanée devint obtuse dans les derniers temps de la maladie. Dans ces trois cas, les lésions trouvées après la mort ne nous ont, d'ailleurs, présenté rien de spécial. Quant à l'autre cas, c'est celui qui est mentionné dans l'obs. I. La peau des membres abdominal et thoracique du côté droit sentait moins finement les corps, et de temps en temps les doigts de la main droite devenaient complètement insensibles. Mais notez que dans ce cas il y avait une lésion du cerveau lui-même, puisque l'hémisphère

gauche se trouvait comprimée par une tumeur développée dans la dure-mère.

Parmi les nombreuses observations de MM. Parent et Martinet, nous n'en avons trouvé qu'une seule, la soixante-dix-septième, dans laquelle il soit question d'une modification de la sensibilité cutanée; dans ce cas, elle était diminuée. On constata après la mort que l'arachnoïde de la convexité et des parties latérales des hémisphères cérébraux était épaissie, rouge, laiteuse, dans une grande partie de son étendue; aucune autre lésion n'existait.

Dans les cas rapportés par M. Dance, il n'y en a que deux où il soit question d'une modification de la sensibilité. Dans l'un (obs. VII) on nota vers la fin de la maladie une insensibilité générale : du côté de la convexité des hémisphères, les méninges étaient sèches, rouges, comme ecchymosées; à la base, une exsudation plastique les recouvrait; la substance grise des circonvolutions était injectée. Dans l'autre cas (obs. V), le malade éprouva des douleurs qui, partant des rachis, se propageaient par élancemens dans les membres inférieurs. Mais dans ce cas il y avait, comme lésion spéciale, une infiltration séreuse de la pie-mère rachidienne; à l'intérieur du crâne, on trouva l'arachnoïde sèche, friable, comme dépolie; aucune injection des méninges; les circonvolutions comme tassées, les ventricules distendus par une grande quantité de sérosité limpide.

Les faits dont nous venons de présenter l'analyse sont assez nombreux pour que nous puissions établir que, dans la méningite des adultes, ce n'est qu'exceptionnellement que l'on observe des modifications dans la sensibilité cutanée; lorsqu'elles existent, elles tiennent à des dispositions parti-

culières des individus, et non à des lésions spéciales. Ce n'est non plus que rarement que l'on observe des douleurs de quelque importance dans d'autres parties du corps que dans le crâne.

Que si nous comparons, sous le rapport de leur nature et de leur fréquence, les lésions de la sensibilité générale qu'on observe dans les cas de méningite aiguë, avec celles que l'on remarque dans les cas de fièvres typhoïdes, nous trouverons que, dans les deux genres de maladies, ces lésions ne diffèrent guère, ni par leur nature, ni par leur fréquence. Ainsi leur existence ne saurait servir à établir le diagnostic différentiel de la méningite aiguë et des fièvres graves.

Terminons cette étude des modifications de la sensibilité dans la méningite, en recherchant de quelle manière sont troublés dans cette maladie les organes des sens. Nous n'aurons rien à dire de l'organe de l'odorat, ni de celui du goût; nous ne nous arrêterons qu'à ceux de la vue et de l'ouïe.

Les modifications de l'organe de la vue ont été depuis long-temps notées par les pathologistes comme pouvant servir à caractériser un certain nombre d'affections aiguës ou chroniques des membranes du cerveau. Ces modifications peuvent se rapporter aux trois chefs suivans :

1er *chef*. Modifications des mouvemens du globe de l'œil.

2e *chef*. Modifications de la pupille.

3e *chef*. Modifications de la vision elle-même.

Les mouvemens du globe de l'œil peuvent être altérés de plusieurs manières : tantôt ce globe est continuellement agité de mouvemens irréguliers, comme convulsifs; tantôt il reste immobile; tantôt enfin le strabisme s'établit, soit d'un seul côté, soit des deux côtés à la fois. Il ne nous a pas été possible de rapporter à une lésion déterminée ces diverses alté-

rations des mouvemens des yeux ; et, d'un autre côté, nous les avons observées dans des cas de fièvres dites adynamiques, et surtout ataxiques, sans lésion appréciable des centres nerveux (*Voyez* le volume de notre Clinique où il est question de ces fièvres). Disons toutefois que le strabisme, lorsqu'il est permanent, nous paraît avoir plus de valeur, comme signe d'une méningite, que les mouvemens désordonnés du globe de l'œil, ou que son immobilité.

L'état de la pupille est loin d'être toujours le même dans les différens cas de méningite. Plusieurs médecins pensent que cette ouverture, resserrée et mobile dans la première période de la maladie, se dilate et devient immobile, dès qu'un épanchement séreux ou purulent s'est effectué, soit autour de la masse encéphalique, soit dans les ventricules.

Nous ne pensons pas qu'une semblable règle soit toujours exacte. Avec des lésions identiques, les pupilles peuvent présenter, suivant les individus, l'aspect le plus différent ; et de plus, avec des lésions dissemblables, ces ouvertures peuvent offrir un aspect identique. C'est déjà ce qu'avaient fort bien reconnu MM. Parent et Martinet. Leurs observations nous montrent des cas de dilatation des deux pupilles, 1° avec épanchement dans les deux ventricules latéraux ; 2° avec épanchement dans un seul ventricule ; 3° avec une simple infiltration séreuse ou purulente autour du cerveau (à la convexité ou à la base) ; 4° sans aucune de ces lésions. Dans quatre cas où la dilatation ne portait que sur une seule pupille, l'épanchement existait cependant dans les deux ventricules. Dans un autre cas où il n'y avait également qu'une seule pupille dilatée, l'épanchement avait lieu dans un seul ventricule, celui du côté opposé à la pupille qui était dilatée. Quant à la contraction des pupilles, MM. Parent et Marti-

net, citent des observations où cette contraction coïncidait avec un épanchement dans les ventricules, et d'autres observations dans lesquelles aucun épanchement n'existait.

Dans les douze cas de méningites aiguës, exemptes de toute complication, qu'a rapportés M. Dance, il y en a dix où les pupilles sont dilatées à différens degrés, et deux seulement où elles sont étroites. Mais dans ces deux derniers cas, les lésions ne sont pas différentes de celles que présentent les douze autres cas; ce sont des épanchemens floconneux dans les ventricules, des dépôts pseudo-membraneux dans la pie-mère, tant à la base que sur la convexité du cerveau.

M. Guersent, auquel on doit l'article *méningite* du dictionnaire en vingt-un volumes, et dont la grande expérience doit faire autorité en semblable matière, n'admet la dilatation comme phénomène habituel que dans la dernière période de la maladie; avant cette époque il dit que tantôt on trouve les pupilles dilatées, et tantôt contractées.

Dans quinze de nos observations seulement, nous avons tenu compte de l'état des pupilles. Nous croyons devoir mettre ici en regard de l'état des pupilles, dans ces quinze cas, les lésions trouvées après la mort dans les méninges.

1° Cas dans lesquels a été observée la dilatation des pupilles.

Obs. VII. Vive injection de la portion de pie-mère qui tapisse l'extrémité antérieure de chaque hémisphère; teinte rosée, et léger ramollissement de la couche la plus superficielle des circonvolutions.

Obs. XXVI. Infiltration purulente de la pie-mère, tant à la base que sur la convexité; ventricules remplis d'un liquide floconneux.

Obs. XIV. Infiltration séreuse de la pie-mère de la convexité du cerveau.

Obs. XX. Épanchement séreux dans les ventricules.

Obs. XXI. *Idem.*

Obs. XXII. *Idem.*

Obs XXIII. *Idem.*

2° Cas dans lesquels a été observée la contraction des pupilles.

Obs. V. Rougeur et épaississement des méningites étendues sur le lobe antérieur de l'hémisphère gauche.

Obs. XVI. Infiltration purulente de la pie-mère à la base du cerveau.

3° Cas dans lesquels a été noté un état naturel des pupilles.

Obs. IV. Épanchement sanguin entre l'arachnoïde et la dure-mère, comprimant de haut en bas l'hémisphère gauche du cerveau.

Obs. VI. Rougeur des méninges de la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau, avec injection de la substance grise des circonvolutions.

Obs. XI. Infiltration purulente de la pie-mère de la convexité; injection de quelques circonvolutions.

Obs. XVII. Infiltration purulente de la pie-mère de la base du cerveau et du cervelet.

4° Cas dans lesquels a été observée une alternative de dilatation et de contraction des pupilles.

Obs. IX. Injection vive de la pie-mère sur la partie latérale moyenne de l'hémisphère droit; masse tuberculeuse entre deux circonvolutions de la partie latérale moyenne de l'hémisphère gauche.

Obs. XIX. Épanchement séro-purulent dans les ventricules

latéraux, avec état granuleux de la membrane qui en tapisse les parois.

De tous ces faits, comment ne pas conclure que ce serait bien vainement que l'on chercherait à rattacher tel état des pupilles à telle altération des méninges? Leur dilatation, par exemple, n'annonce pas nécessairement une compression du tissu du cerveau par un liquide épanché à sa périphérie, ou qui distend ses ventricules; notre observation VII en est la preuve.

Du reste, abstraction faite de la nature et du siége de la lésion qui a frappé les méninges, les pupilles, dans les diverses affections des méninges, peuvent présenter les divers états qui suivent :

1° Conservation de l'aspect naturel des pupilles.

2° Dilatation des pupilles :
- dilatation égale.
- dilatation inégale.
- dilatation d'une seule.
- dilatation de l'une, et contraction de l'autre.

3° Contraction des pupilles :
- égale.
- inégale.
- de toutes deux.
- d'une seule.

4° Alternatives de contraction et de dilatation des pupilles.

Mais ces diverses modifications des pupilles se rencontrent également dans une foule de cas, où les méninges, non plus que le cerveau, n'offrent après la mort aucune lésion appréciable. Nous les avons observées avec toutes leurs nuances

chez les individus, atteints de fièvres graves, dont l'histoire est consignée dans les autres volumes de la Clinique. Qui ne sait en outre combien, même dans l'état de santé, varie l'état de la pupille? et si l'iris est ainsi soumise dans ses mouvemens à mille influences diverses, si elle est sous l'empire de bien d'autres modifications des centres nerveux que celles que pourra jamais nous révéler l'anatomie pathologique, comment accorder une grande confiance aux signes qu'on pourrait déduire des différens états de la pupille pour diagnostiquer une méningite?

La vision elle-même, avons-nous dit, est souvent troublée dans les cas d'affections des méninges. Chez quelques malades, elle est entièrement perdue; chez d'autres, elle est pervertie; ainsi la diplopie a été observée dans quelques cas; ailleurs on a noté des hallucinations. Plusieurs malades ont des éblouissemens; un grand nombre ne peuvent pas supporter, sans douleur, l'impression exercée sur la rétine par les rayons lumineux.

Parmi ces diverses altérations de la vision, il n'en est aucune qui appartienne en propre à la méningite. Sans parler d'un grand nombre d'affections du cerveau lui-même dans lesquelles survient la cécité, nous rappellerons ici ce que nous ont déjà appris les observations consignées dans un autre volume de cet ouvrage, savoir, que, dans le cours des fièvres dites adynamiques ou ataxiques, la faculté de voir peut aussi complètement disparaître. Dans ces mêmes affections on voit également les malades être très sensibles à la lumière, et ils ont bien souvent d'aussi forts éblouissemens que dans aucun cas de méningite.

Très peu de cas d'altérations de l'ouïe ont été notés dans les observations de méningites publiées par les auteurs; nos

propres observations n'en font non plus qu'à peine mention. Toutefois on trouvera un exemple de surdité chez le malade dont nous avons rapporté l'histoire dans la deuxième observation, et ce cas est d'autant plus remarquable que toute la lésion existait à la face supérieure d'un des lobes cérébelleux, loin par conséquent de la portion des centres nerveux qui a quelque rapport avec l'audition, et d'où les nerfs acoustiques tirent leur origine. Il y avait donc ici lésion de fonction, sans lésion appréciable de l'organe chargé de l'accomplir. Mais ici du moins on trouve encore sur le cadavre quelque partie altérée dans la masse encéphalique; toute cette masse et ses enveloppes sont au contraire dans l'état le plus sain, du moins en apparence, chez les individus, atteints de fièvres graves, qui sont aussi, et plus souvent même que dans les cas de méningite, frappés de surdité.

A mesure que nous avons etudié les diverses altérations de la sensibilité présentées par les individus atteints de méningite, nous avons pu nous convaincre que de ces altérations aucune n'existe constamment, qu'aucune n'est nécessairement liée à l'existence de telle ou telle forme de méningite. C'est qu'effectivement les désordres fonctionnels que celle-ci développe sont beaucoup moins sous la dépendance même de l'affection des méninges, que sous celle du cerveau. C'est cet organe qui les produit, et dès lors ils devront être aussi variables que le sera chez les individus la manière dont le cerveau participe et répond à l'irritation de ses membranes. Ainsi s'explique également l'infinie variété des symptômes de la péricardite, parce que dans ce cas aussi la cause définitive des symptômes n'est pas dans le péricarde, mais bien dans le cœur. Ce que vous voyez sur le cadavre ne peut donc pas toujours vous apprendre ce qui a eu lieu pendant la vie, et l'anatomie pathologique

ne nous donne certainement le dernier mot ni de la nature des maladies, ni de leur siége, ni de leur traitement. Combien cela n'est-il pas vrai pour les affections des méninges !

ARTICLE II.

LÉSIONS DE LA MOTILITÉ.

Les lésions de la motilité se rencontrent plus fréquemment, dans les affections des méninges, que celles de la sensibilité, mais elles ne sont pas plus constantes que ces dernières, et elles manquent complètement dans plus d'un cas où l'on trouve cependant après la mort les mêmes désordres anatomiques que dans les cas où ces lésions existent.

Les lésions de la motilité, observées dans les maladies des méninges, peuvent se diviser en deux grandes classes : dans l'une les mouvemens persistent, mais ils s'accomplissent d'une manière désordonnée; dans l'autre les mouvemens n'ont plus lieu.

La première classe comprend les différens spasmes qui sont tantôt cloniques, tantôt toniques.

Aux spasmes cloniques nous rapporterons les désordres suivans du mouvement, qui tous ont été notés dans les différentes observations publiées sur les maladies des méninges.

Quelques individus ne présentent autre chose qu'un état d'agitation générale; ils se livrent à des mouvemens continuels, le repos paraît leur être insupportable; et sans cesse ils cherchent à changer de position.

Chez d'autres cette agitation est bornée à quelque partie du corps. Ainsi il est des malades qui remuent continuellement leurs bras ou leurs jambes; il en est dont le tronc, pendant

des heures entières, se soulève et s'abaisse tour à tour; il en est qui impriment à leur tête un mouvement perpétuel, en vertu duquel, tournant sur son axe, elle est alternativement portée de droite à gauche, et de gauche à droite. Nous avons vu ce mouvement persister pendant des journées entières, sans s'arrêter un seul instant. Nous avons vu un autre cas dans lequel la mâchoire inférieure était agitée d'un mouvement alternatif d'abaissement et d'élévation, semblable à celui de la mastication.

Dans ces cas divers, il semble que ce soit encore la volonté, bien que désordonnée, qui produit les mouvemens; nous avons maintenant à indiquer les cas dans lesquels les mouvemens sont complètement involontaires. Tels sont les suivans :

Chez un certain nombre de malades, les muscles qui se terminent aux tendons fléchisseurs des doigts sont agités de contractions brusques, soit continuelles, soit se renouvelant par intervalles; de là résultent les soubresauts des tendons.

Plusieurs présentent, comme phénomène saillant, un tremblement qui tantôt est général, et tantôt est limité aux membres.

Les convulsions proprement dites sont au nombre des phénomènes les plus communs qui accompagnent la méningite aiguë. Elles peuvent être générales; c'est le cas le plus rare. Quand elles sont partielles, tantôt elles se montrent toujours dans la même partie; tantôt elles affectent tour à tour différens points du corps. Les parties qui sont le plus souvent le siége de mouvemens convulsifs, dans les cas de méningite, sont les globes oculaires, les paupières, la face, les lèvres, et enfin les membres. Lorsque ceux-ci sont convulsionnés, trois cas peuvent se présenter : ou bien un seul membre d'un seul côté est atteint; ou bien ce sont les deux membres d'un

côté, ou bien les deux membres des deux côtés éprouvent simultanément des convulsions. La langue peut aussi être agitée de mouvemens convulsifs, et un cas a été rapporté dans lequel les spasmes portaient surtout sur le larynx, convulsivement agité d'un double mouvement d'élévation et d'abaissement. Enfin, placerons-nous ici le grincement de dents, phénomène qui est encore si commun dans la méningite?

Les spasmes toniques proprement dits ne sont pas moins fréquens que les cloniques, dans le genre d'affection qui nous occupe.

Ainsi la flexion permanente des avant-bras sur les bras (contracture), soit d'un seul côté, soit des deux à la fois, a été souvent observée. On a vu moins communément la contracture des membres inférieurs, il en est cependant question dans quelques observations. Le renversement de la tête en arrière, son inclinaison permanente à droite ou à gauche, ne sont pas des phénomènes qu'il soit rare d'observer chez les individus atteints de méningite. On a également rencontré chez eux un état de raideur tétanique du cou, du tronc, ou des membres, le trismus, la courbure permanente du tronc à droite ou à gauche.

Telle est l'énumération des principales lésions de la motilité comprise dans notre première classe. La seconde, avons-nous dit, renferme les cas dans lesquels le mouvement est ou diminué ou aboli.

Ici rentrent les nombreuses variétés de paralysie qu'on peut observer dans la méningite, depuis celle où une partie quelconque du corps est seulement un peu moins apte à se mouvoir que de coutume, jusqu'à celle où cette partie vient à être entièrement privée de mouvement.

La paralysie peut avoir pour siége les muscles de l'œil, des

paupières, de la face, des lèvres, et enfin des membres; un seul de ceux-ci, ou plusieurs, peuvent être privés de mouvement.

Dans ces différentes parties, la paralysie peut s'établir soit lentement, soit d'une manière aussi brusque, aussi instantanée que la perte de mouvement qui succède à une hémorrhagie cérébrale.

La paralysie peut survenir de prime-abord, ou succéder à l'une des formes de spasmes précédemment indiquées; elle peut alterner avec ces spasmes; elle peut enfin exister en même temps qu'eux, et nous avons vu plus d'une fois un des membres thoraciques être complètement privé de mouvement, tandis que l'autre était agité de convulsions plus ou moins violentes. Il est aussi quelques cas dans lesquels la paralysie se montre et disparaît tour à tour; phénomène qui ne nous surprendra pas, lorsque nous avons vu qu'il s'en faut que la paralysie, dans la méningite, n'existe que dans le cas où il y a compression du cerveau. Une simple hyperémie de la pie-mère, une légère infiltration purulente de cette membrane peuvent la produire, ou, pour parler plus exactement, créer dans le cerveau la modification, inappréciable après la mort, qui lui donne naissance.

Après avoir étudié d'une manière purement nosologique les différentes lésions que présente la motilité chez les individus atteints de méningite, essayons d'établir quelque rapport entre ces lésions et les différentes espèces d'altérations trouvées après la mort dans les méninges. Pour cela, reprenons tour à tour chacun des désordres de l'action locomotrice que nous avons indiqués, en ne mentionnant d'abord que les cas où ce désordre a existé seul dans les derniers temps de la vie.

1° *Agitation générale.*

Dans aucune de nos observations, ce phénomène n'a existé seul.

Dans la quinzième observation de MM. Parent et Martinet, on lit que le malade n'eut autre chose, du côté des fonctions locomotrices, que de l'agitation; et, le dernier jour, des mouvemens automatiques de tout le corps. La pie-mère étendue sur la face supérieure du cerveau et du cervelet était infiltrée de pus.

Dans la vingt-huitième observation des mêmes auteurs, empruntée à M. Biett, le seul trouble de la motilité fut encore une agitation remarquable, le malade changeait à chaque instant de position. Les méninges étendues sur la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau furent trouvées rouges et épaissies.

2° *Agitation partielle.*

Nous ne l'avons trouvée isolée d'autres lésions de la motilité dans aucune de nos observations.

Un balancement continuel de la tête à droite et à gauche se trouve noté dans la soixante-septième observation de MM. Parent et Martinet. Ce balancement apparut le huitième jour de la maladie, et l'individu succomba le neuvième. Les méninges étendues sur la face supérieure du cerveau et du cervelet étaient opaques, très rouges, et épaissies. Le tissu du cerveau, du cervelet, et de la moelle épinière, était remarquable par sa très grande densité.

Un mouvement continuel de la mâchoire inférieure, semblable à celui de la mastication, est mentionné par MM. Parent et Martinet dans leur trente-deuxième observation. La pie-mère de la convexité était infiltrée de pus.

3° *Soubresauts des tendons.*

Nos observations ne nous les ont pas plus montrés isolés que les phénomènes ci-dessus mentionnés.

Ces soubresauts sont au contraire le seul désordre des fonctions locomotrices dont il soit question dans les observations XXIV, XXXIV, XLIX et LXIX de MM. Parent et Martinet. Or, dans l'un de ces cas (obs. LXIX) les méninges étaient rouges et épaissies dans presque toute leur étendue. Dans les trois autres, elles étaient infiltrées de pus, soit à la convexité, soit vers la base; et dans deux de ces trois cas, les ventricules contenaient un liquide ou séreux (obs. XXXIV), ou purulent avec état granuleux de la membrane qui en tapisse les parois (obs. XLIX).

4° *Tremblement des membres.*

Nous n'avons trouvé ce phénomène isolé d'autres désordres de la motilité dans aucune des observations relatives à la méningite; il n'a d'ailleurs été qu'assez rarement noté en semblable cas; et dans les observations où il en est question, on ne voit pas à l'ouverture des corps d'altération spéciale de laquelle il paraisse dépendre.

5° *Mouvemens convulsifs.*

Ce n'est guère que chez les enfans qu'on peut trouver des cas dans lesquels jusqu'à l'instant de la mort on n'a observé d'autre trouble de la motilité que des convulsions. Cependant nous en avons aussi trouvé quelques exemples chez les adultes, et ce sont ceux-là que nous allons rapporter ici. Ces exemples nous sont offerts par les observations XIV, LXIV, LXX, LXXVI et LXXIX consignées dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet.

Les individus qui font le sujet des obs. XIV, LXIV, LXX et LXXIX eurent peu de temps avant leur mort des mouvemens convulsifs des paupières, de la face, de la mâchoire inférieure,

des membres. Chez trois de ces quatre sujets (obs. XIV, LXX, LXXIX) on trouva une infiltration purulente des méninges de la convexité des hémisphères; le quatrième (obs. LXIV) présenta une concrétion membraniforme étendue sur l'hémisphère droit, et deux onces de sérosité dans le ventricule latéral du côté droit.

Chez le sujet de l'obs. LXXVI, les mouvemens convulsifs furent bornés à la langue. On trouva une couche purulente étendue sur la partie moyenne de la convexité des deux hémisphères, et en outre une forte adhérence de l'arachnoïde avec la dure-mère, à la partie moyenne supérieure et un peu postérieure du cerveau, dans une étendue de deux pouces.

Dans une autre partie de ce volume, nous citerons un cas dans lequel, pendant les derniers temps de la vie, le membre thoracique droit fut pris de mouvemens convulsifs. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes une vive injection de la portion de méninge étendue sur la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau.

6° *Grincemens de dents.*

Ce phénomène n'a jamais été mentionné, comme ayant existé isolément des autres désordres de la motilité, dans les cas de méningites, relatifs aux adultes, rapportés par les auteurs.

7° *Contracture des membres.*

Notre sixième observation offre l'exemple d'une forte contracture du bras droit. Nous trouvâmes dans ce cas une rougeur vive de la pie-mère étendue sur la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau, avec injection de la substance grise des circonvolutions de ce côté.

La onzième observation rapportée dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet est relative à une jeune fille de 19

ans qui, pendant les cinq derniers jours de sa vie, présenta une contracture des deux bras. On trouva une inflammation générale de l'arachnoïde de la convexité. A la base les méninges étaient épaissies, et un peu de pus les infiltrait du côté du cervelet. Une sérosité trouble remplissait les ventricules.

La soixante-sixième observation rapportée par les mêmes auteurs, fait mention d'un cas dans lequel l'avant-bras gauche était contracté à angle droit sur le bras, et la jambe gauche sur la cuisse. Les méninges qui tapissent la protubérance annulaire, le carré des nerfs optiques, et tout le voisinage de cette région étaient d'un blanc mat; elles avaient en même temps une épaisseur et une consistance beaucoup plus grandes que dans l'état naturel. Il n'y avait point de sérosité dans les ventricules.

8° *Raideur tétanique.*

Dans un assez grand nombre d'observations, où les phénomènes prédominans sont la rigidité des membres, des secousses tétaniques de diverses parties, la courbure tétanique du tronc à droite ou à gauche, le trismus, le renversement permanent de la tête en arrière, les lésions rencontrées après la mort ne diffèrent pas par leur nature de celles que nous avons tout à l'heure indiquées. Ainsi ce sont toujours des injections plus ou moins vives de diverses parties de la pie-mère, une infiltration purulente de cette membrane, des épanchemens séreux ou purulens dans les ventricules.

Quant au siége de ces lésions, voici les résultats que nous a donné l'analyse de cent vingt-deux observations consignées, soit dans ce volume, soit dans d'autres ouvrages.

Parmi ces cent vingt-deux observations, il en est dix-neuf où il est question du renversement de la tête en arrière. Or,

dans ces dix-neuf cas, le phénomène dont nous parlons a coïncidé une fois avec une lésion des méninges de la convexité et de la base, deux fois aussi avec une lésion des méninges de la convexité et de la base, et de plus des ventricules; trois fois avec une simple lésion des méninges de la convexité, trois fois avec une lésion de la méninge ventriculaire, cinq fois avec une lésion des méninges de la base, et cinq fois également avec une lésion des méninges de la base et des ventricules.

Il suit de ce relevé que dans les différens cas où a été observé le renversement de la tête en arrière, on a trouvé que les méninges étaient altérées de l'une ou de l'autre des manières ci-dessus indiquées :

A la face supérieure du cerveau	8 fois.
A la face inférieure du cerveau	14 fois.
Dans les ventricules	11 fois.

Sur quinze cas où la raideur tétanique a été un des phénomènes prédominans, soit qu'elle fût générale, soit qu'elle fût bornée à quelque partie, comme au cou, au tronc, aux membres, à la mâchoire, les lésions, par rapport à leur siége, se trouvent réparties de la manière suivante :

Lésions des méninges de la convexité	3 fois.
de la base	3 fois.
des ventricules	3 fois.
de la base et des ventricules	4 fois.
de la totalité des méninges	2 fois.

Dans deux cas de pleurosthotonos, dont l'un est relaté dans

notre obs. x, et dont l'autre se trouve consigné dans l'obs. LXXIV de l'ouvrage de MM. Parent et Martinet, les méninges étaient lésées une fois vers la convexité du cerveau (mais dans ce cas il y avait de plus suppuration de la glande pituitaire), et une autre fois elle était simultanément affectée à la convexité et à la base.

9° *Paralysie.*

Dans les quinze cas d'hémiplégie observés par nous ou par d'autres, dont nous avons parlé plus haut, les altérations suivantes ont été rencontrées :

Dans quatre de ces seize cas seulement (obs. I, II, IV, XIII de notre *Clinique*) le cerveau était comprimé par des productions accidentelles développées dans les méninges; cette compression avait lieu, dans tous les cas, du côté opposé à celui de l'hémiplégie, et elle s'exerçait directement de haut en bas. Dans cinq de ces cas la compression portait sur un des hémisphères cérébraux; dans un seul (obs. II) une tumeur appartenant à la dure-mère avait comprimé et atrophié un des lobes du cervelet. Dans ce dernier cas, d'ailleurs, la paralysie fut croisée comme dans ceux où la lésion avait pour siége les hémisphères cérébraux, et l'on n'observa autre chose qu'une simple hémiplégie, sans autre modification spéciale de la motilité. Toutefois avant que l'hémiplégie ne fût établie, des mouvemens convulsifs avaient eu lieu dans le bras du côté opposé à celui de la lésion du cervelet; plus tard ce membre avait cessé de pouvoir se mouvoir; et plus tard enfin la paralysie s'était étendue au membre abdominal du même côté.

Chez l'individu qui fait le sujet de notre obs. I, l'hémiplégie s'était graduellement établie, sans qu'aucun mouvement convulsif l'eût précédée; chez lui un des hémisphères

cérébraux était comprimé par une végétation fibreuse de la dure-mère.

Chez le sujet de notre obs. IV, les membres droits se paralysèrent également d'une manière graduelle; l'avant-bras resta long-temps fléchi sur le bras, mais cette contracture cessa dans les derniers temps. On trouva du côté gauche du sang épanché entre l'arachnoïde et la dure-mère.

Enfin dans notre obs. XIII, où un kyste séreux, développé dans la pie-mère de la convexité, avait notablement affaissé les circonvolutions, le malade avait eu une très ancienne hémiplégie avec atrophie des membres privés de mouvemens.

Dans six autres cas d'hémiplégie (observation XI, de notre Clinique; observation XXIII, LVIII, LIX, LX, LXI de MM. Parent et Martinet), nous voyons cette hémiplégie coïncider avec l'existence d'une couche épaisse de pus qui remplit la pie-mère de la convexité des hémisphères cérébraux.

Sur ces six cas il y en a trois dans lesquels, bien qu'il n'y ait qu'hémiplégie, une égale quantité de pus est épanchée sur les deux hémisphères (observation XI de notre Clinique; XXIII, et LIX de MM. Parent et Martinet) et trois autres dans lesquels le pus n'est amassé que sur l'hémisphère du côté opposé à celui où a lieu la paralysie. (observation LXVIII, LX, LXI de MM, Parent et Martinet). Au premier coup-d'œil la proportion semble donc ici être égale; mais un examen plus attentif de ces six observations vient bientôt la changer. En effet, dans notre obs. XI, en même temps que la pie-mère de la convexité des deux hémisphères est infiltrée de pus, la substance du cerveau (hémisphère gauche) au niveau et en dehors de la cavité ancyroïde est occupée par un tubercule, que l'on peut d'autant plus présumer avoir causé l'hémiplégie, que celle-ci avait lieu à droite, et qu'elle n'était que progres-

sivement survenue. Dans l'obs. LIX de MM. Parent et Martinet, indépendamment d'une infiltration purulente de la totalité de la pie-mère, on trouve à l'ouverture du corps la table interne de l'os frontal un peu enfoncée, et comprimant légèrement le cerveau. En outre l'épanchement de pus, qui avait lieu sur les deux hémisphères, s'étendait jusqu'à la base du crâne, du côté opposé à celui où avait eu lieu la paralysie. Il ne reste donc que l'obs. XXIII dans laquelle, la paralysie ayant eu lieu à gauche, la totalité de la pie-mère fut trouvée infiltrée de pus, sans autre complication, et encore dans ce cas est-il dit que vers la base le pus était plus particulièrement accumulé à droite.

Sur ces six cas d'hémiplégie avec épanchement de pus autour de la masse encéphalique, il n'y en a donc réellement pas un seul dans lequel la lésion ne soit plus considérable du côté opposé à celui de la paralysie.

Il reste enfin cinq derniers cas d'hémiplégie, sur les quinze dont nous avons parlé, dans lesquels la lésion principale existe à l'intérieur des ventricules (observation XXIII de notre Clinique; V, LXII de MM. Parent et Martinet; IV, XIX de M. Dance).

Sur ces cinq cas il y en a deux dans lesquels les deux ventricules latéraux sont également affectés (observation XXIII de notre Clinique; IV de M. Dance) dans les trois autres la lésion unique ou principale existe dans le ventricule opposé au côté de la paralysie.

Dans notre XXIII[e] obs., chaque ventricule latéral contenait quatre onces de sérosité limpide; l'hémiplégie avait eu lieu à droite, et elle paraissait avoir existé avant l'épanchement.

Dans la IV[e] obs. de M. Dance, une sérosité abondante distendait aussi les ventricules; il y avait en outre à la base du

cerveau une exsudation pseudo-membraneuse, et les parties blanches centrales étaient ramollies. Ce que cette observation présente de bien remarquable, c'est que la paralysie qui eut lieu du côté gauche ne fut que passagère. Le malade offrit d'abord de la raideur dans les avant-bras, un léger renversement de la tête en arrière, des mouvemens convulsifs des yeux, du strabisme; puis la commissure droite des lèvres se dévia, les membres gauches tombèrent dans un état de résolution paralytique, tandis que ceux du côté droit restèrent mobiles et sensibles; plus tard enfin, la bouche cessa d'être déviée, et les membres gauches recouvrèrent leur mobilité.

Dans la ve de ces observations rapportées par MM. Parent et Martinet, que ces auteurs ont empruntée à Morgagni, le ventricule gauche était rempli de pus, sans que dans le cerveau ou ses annexes existât aucune autre lésion appréciable; pendant la vie le mouvement avait été aboli dans tout le côté droit du corps.

Dans la LXIIe obs. rapportée par les mêmes auteurs, tirée de la thèse du docteur Demanget sur la fièvre cérébrale, le ventricule gauche contenait une once et demie de sérosité; il y en avait à peine quelques gouttes dans le droit; de plus, les méninges étaient injectées vers la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau. Le côté droit du corps, d'abord agité de mouvemens convulsifs, fut ensuite frappé de paralysie.

La XIXe des obs. publiées par M. Dance offre un cas d'un autre genre. Ici la sérosité existait dans les deux ventricules, mais il n'y en avait que trois onces dans le droit, et cinq dans le gauche; la membrane qui tapisse les parois de ces ventricules était en outre notablement épaissie. Une paralysie, qui alla graduellement en augmentant, avait occupé les membres

droits et la face du même côté. Les membres gauches avaient offert des secousses comme tétaniques.

Il semble que, dans ce cas comme dans le précédent, la nature des accidens était surtout déterminée par l'inégalité de compression qui était exercée sur chaque hémisphère cérébral par le liquide que contenait son ventricule.

Au lieu d'une hémiplégie, quelques observations nous offrent l'exemple de la paralysie isolée d'un seul membre. Ainsi, dans notre obs. XV, où la pie-mère, parsemée de granulations tuberculeuses, était infiltrée de sérosité vers la convexité du cerveau, le bras droit, ainsi que le côté droit de la face, étaient les seules parties frappées de paralysie. Dans notre obs. XXVI, où du pus infiltrait la pie-mère de la convexité, et remplissait les ventricules, nous avons constaté d'une part une paralysie du bras droit, et d'une autre part une paralysie de la paupière gauche qui restait abaissée sur l'œil, ainsi que de la joue gauche qui se laissait distendre passivement à chaque expiration. Dans ces deux cas, le cerveau est exposé à droite et à gauche à une compression égale : pourquoi, des deux côtés du corps, constatons-nous des effets aussi différens ? Lisez aussi, sous ce point de vue, l'obs. LXIII consignée dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet ; ici se montrent tour à tour, et dans un court espace de temps, d'abord des mouvemens convulsifs du bras gauche, puis une paralysie du bras droit, puis enfin des convulsions dans ce même bras droit ; et en même temps que ces convulsions existent, le côté droit de la face reste frappé de paralysie ; que trouve-t-on cependant à l'ouverture du corps ? du pus sur toute la convexité du cerveau ; ce pus est seulement plus abondant à droite. Dans l'obs. LVII des mêmes auteurs, la lésion à laquelle on peut rapporter la paralysie est beaucoup plus limitée, et

l'explique mieux : dans ce cas en effet, où le bras gauche était complètement privé de mouvement, on trouva la pie-mère infiltrée de pus dans la fosse temporale droite ; partout ailleurs elle n'était que simplement injectée.

Dans les cas nombreux où quelques parties beaucoup plus restreintes encore, comme un des côtés des lèvres, ou l'une des paupières, sont seuls frappés de paralysie, nous trouvons encore des lésions de même nature et de même étendue que dans les cas précédens. Les portions des centres nerveux qui donnent naissance aux nerfs des paupières et des lèvres ne présentent aucune lésion appréciable, et l'on trouve la pie-mère ou injectée, ou remplie de pus, comme dans les cas où a eu lieu une hémiplégie complète. C'est ce dont on peut s'assurer en lisant sous ce rapport, d'une part notre obs. IX, d'autre part les obs. XXXVII, XLV, LI, LV, LXXII, LXXX, de MM. Parent et Martinet, et l'obs. XI de M. Dance. On verra de plus que dans ces différens cas la pie-mère de la convexité et celle de la base sont indifféremment lésées.

Il nous reste à examiner les cas dans lesquels, au lieu d'être limitée à quelque partie isolée, la privation de mouvement est au contraire générale, et frappe soit successivement, soit simultanément, les deux côtés du corps.

Dans tous les cas de ce genre qui sont à notre connaissance, lorsque la paralysie des deux côtés est survenue avant l'agonie, nous avons trouvé dans les deux côtés du cerveau des lésions en rapport avec ce symptôme.

Ainsi, dans notre obs. III, où un épanchement sanguin fut rencontré de chaque côté entre l'arachnoïde et la dure-mère, la paralysie, d'abord bornée à droite, s'étendit ensuite au côté gauche. Dans les obs. VI et XVIII de M. Dance, où une grande quantité de sérosité distendait chacun des ventri-

cules latéraux et où de plus, chez le sujet de l'observation VI, des concrétions pseudo-membraneuses existaient à la base du crâne, les individus moururent avec une résolution paralytique des quatre membres. Dans nos obs. XXI, et XXII, où les ventricules furent également trouvés remplis de sérosité, on constata aussi pendant la vie une paralysie des quatre membres, qui s'établit tout à coup.

Les différens faits que nous venons d'analyser dans le but de découvrir quelles sont les lésions qui, dans les cas de méningites, coïncident avec les diverses altérations de la motilité, nous conduisent à une singulière conséquence : c'est qu'avec des lésions semblables sur le cadavre coïncident pendant la vie les désordres les plus variés dans la motilité; dans le plus grand nombre de cas, qu'il y ait convulsion, ou paralysie : après la mort la lésion sera la même. Ainsi, par-delà cette lésion dont le scalpel nous montre le siége dans les membranes du cerveau, il y a dans ce cerveau lui-même une modification que ne découvre plus l'anatomiste, qui se produit à la vérité à l'occasion de la lésion de la méninge, mais qui variable suivant chaque individu, est la cause réelle de tous les désordres fonctionnels qu'on voit survenir; non seulement on peut ainsi expliquer la diversité des symptômes produits par une même altération des méninges; mais on peut aussi se rendre compte de ces autres cas dans lesquels, malgré l'existence d'altérations semblables à celles que nous avons notées, aucun désordre n'a eu lieu dans la motilité; c'est ce dont on peut s'assurer en relisant nos obs. V, VII, VIII, XII, XIV, XVII, XVIII, XX, XXIV. Dans ces neuf observations, ce sont toujours les mêmes lésions que nous retrouvons (rougeur des méninges, exhalation de pus ou de sérosité autour du cerveau, tant à sa base que vers sa convexité, épanche-

mens de diverses natures dans les ventricules), et cependant la motilité reste intacte.

Les divers désordres de la motilité que nous venons de passer en revue peuvent se montrer aussi dans beaucoup d'autres cas, où, les méninges étant intactes, c'est la substance cérébrale elle-même qui est altérée. Il en sera question plus bas. Mais peuvent-ils également se manifester dans ces maladies, connues sous le nom de fièvres graves, dont par les symptômes on est si souvent porté à placer le siége dans le cerveau, tandis que l'anatomie montre ce siége ailleurs. Dans les fièvres, comme dans la méningite aiguë, nous avons observé des soubresauts de tendons, des mouvemens convulsifs souvent partiels, très rarement généraux, le trismus, des secousses tétaniques du tronc ou des membres, la contracture de ces mêmes membres, leur rigidité, leur paralysie, ainsi que celle des paupières et des lèvres, le tremblement de certains muscles, le grincement de dents. Mais, dans la très grande majorité des cas, ces phénomènes sont moins fréquens, moins intenses, moins multipliés, moins durables. Toutefois leur existence n'en prouve pas moins que cette même modification que crée dans le cerveau l'irritation des méninges peut aussi se produire en lui, sous l'influence d'autres causes, et sans qu'après la mort on trouve ni dans sa substance ni dans les méninges qui l'enveloppent aucune altération appréciable.

ARTICLE III.

LÉSIONS DE L'INTELLIGENCE.

Les facultés intellectuelles se sont montrées altérées dans la très grande majorité des cas que nous avons relatés. Si

en effet l'on fait abstraction des observations I, II et XIII, dans lesquelles existaient des lésions toutes spéciales, lentement développées, et qui n'agissaient que sur un point circonscrit du cerveau, on trouvera que sur les vingt-cinq observations qui restent, il n'y en a qu'une seule (obs. XV) dans laquelle n'ait été remarqué aucun trouble de l'intelligence.

Sur cinquante-quatre observations de méningites aiguës relatives à des adultes (ouvrage de MM. Parent et Martinet), dans lesquelles il a été tenu compte de l'état de l'intelligence, il n'y en a que deux où l'intelligence soit restée intacte; et dans toutes les observations rapportées par Dance, il y a eu trouble des facultés intellectuelles.

L'altération de l'intelligence est donc, dans la méningite aiguë, un phénomène plus constant que les différentes altérations de la sensibilité et de la motilité (voyez les deux articles précédens). Recherchons maintenant de combien de manières diverses l'intelligence peut venir à se troubler dans le genre d'affection qui nous occupe.

L'altération de l'intelligence se montre sous deux formes principales chez les individus atteints de méningite : la première forme est celle du délire; la seconde est celle du coma.

Le délire peut offrir les plus grandes variétés sous le rapport de sa nature. Chez les uns il est bruyant, accompagné de cris, de vociférations, et d'un grand développement de forces musculaires. Chez d'autres il est au contraire taciturne, et les malades paraissent en même temps profondément prostrés. Tantôt une seule idée les occupe, et cette idée peut porter sur les objets les plus divers; tantôt les idées les plus hétérogènes les occupent en même temps.

Il est des individus chez lesquels le désordre de l'intelligence arrive, dès qu'il paraît, au plus haut degré; il en est

d'autres, au contraire, chez lesquels ce n'est que peu à peu, d'une manière insensible, que survient le dérangement des facultés intellectuelles. Ainsi ils ont l'air préoccupé, distrait; ils répondent avec lenteur, ou avec une sorte de paresse, aux questions qu'on leur adresse; ils tombent dans une sorte d'idiotisme; ou bien ils mettent dans leurs réponses, dans toutes leurs paroles, une vivacité inaccoutumée; quelques-uns deviennent tout à coup gais sans motif, ou, sans motif non plus, se laissent aller à un profond découragement.

En reprenant ainsi dans chaque observation les nombreuses variétés de formes de délire qu'elle nous a présentées, nous arriverions à cette importante conséquence, savoir : qu'aucune de ces formes ne caractérise la méningite, qu'il n'en est aucune qu'on ne puisse retrouver également dans les diverses irritations cérébrales, purement sympathiques, ou sans altération des méninges appréciable sur le cadavre. A l'appui de cette assertion, nous renvoyons aux observations consignées dans le volume de notre *Clinique* consacré aux fièvres.

Une fois que le délire s'est manifesté, il peut ne pas cesser, offrant seulement des alternatives d'exacerbation et de diminution; mais il peut aussi ne se montrer que d'une manière passagère. Il est des malades qui d'abord ne présentent qu'un trouble très court des facultés intellectuelles; puis, au bout d'un temps plus ou moins long, ce trouble recommence, il se répète à des intervalles de plus en plus rapprochés; et enfin il devient continu. Chez plusieurs individus le délire commence par n'avoir lieu que la nuit, et la netteté des facultés intellectuelles pendant le jour semble d'abord exclure l'idée d'une véritable méningite. Il est enfin quelques malades chez lesquels un délire qui durait de-

puis plusieurs jours vient tout à coup à disparaître peu de temps avant la mort, et en même temps que tout le reste s'aggrave.

On a donc eu tort, lorsqu'on a cherché à distinguer le délire, produit de la méningite, du délire, produit d'une irritation sympathique du cerveau, en établissant que le second seul pouvait se montrer d'une manière intermittente. De nombreuses observations ne nous permettent pas de douter que, dans la méningite aussi, le trouble des facultés intellectuelles peut être séparé par des intervalles de la plus parfaite lucididé.

L'époque de la maladie à laquelle le délire apparaît pour la première fois, est loin d'être la même chez tous les individus. Très rarement ce phénomène marque le début de l'affection, de telle sorte que, lorsqu'inopinément au milieu d'un bon état de santé du délire survient, il n'est pas vraisemblable que ce délire dépende d'une méningite. Dans la très grande majorité des cas, la céphalalgie le précède; et souvent six, huit, douze, et même quinze et vingt jours s'écoulent entre le moment où s'est manifesté le mal de tête, et celui où l'intelligence commence à se troubler.

Sur quarante observations de méningites aiguës, recueillies par nous ou par d'autres, dans lesquelles nous sommes sûrs d'une part de l'époque précise de l'invasion de la maladie, et d'autre part du moment où l'intelligence a commencé à se troubler, nous avons trouvé que le délire s'était manifesté.

Le 1er jour....	3 fois.	Le 10e jour....	0 fois.
2e	1	11e	0
3e	3	12e	1

4e	 3	13e	 4
5e	 3	14e	 1
6e	 3	15e	 2
7e	 4	16e	 1
8e	 6	20e	 2
9e	 2	24e	 1

Puisqu'à très peu d'exceptions près le délire s'est montré à nous comme un phénomène constant dans la méningite aiguë, nous devons en conclure qu'il peut se produire dans cette maladie, quelle que soit la nature de la lésion dont les méninges sont le siége. Toutes les lésions, en effet, dont nos observations particulières nous ont offert des exemples, ont été accompagnées de délire. Il est sans doute curieux de voir une simple congestion sanguine de la pie-mère, dans les cas mêmes où elle est partielle, un peu de pus qui infiltre ses mailles, produire les plus graves désordres dans l'intelligence, tandis qu'une altération beaucoup plus profonde du cerveau, un vaste ramollissement, par exemple, existe bien souvent sans donner lieu au moindre trouble des facultés intellectuelles. Est-ce, comme on l'a dit, parce que l'irritation des méninges retentit surtout dans la partie la plus superficielle des circonvolutions cérébrales, et que c'est là surtout que l'intelligence a son siége?

S'il n'est pas d'altération des méninges, survenue d'une manière aiguë, qui à sa suite n'entraîne presque nécessairement le délire, est-il indifférent, pour sa production, que ce soit telle ou telle partie de ces méninges qui se trouve plus particulièrement affectée? C'est ce que nous allons examiner.

Ici nous ne pouvons tenir compte que des cas dans les-

quels le délire a persisté jusqu'à la fin, seul, et sans avoir été suivi de coma. Nous n'avons trouvé que vingt-huit cas de ce genre recueillis par nous ou par d'autres.

Dans ces vingt-huit cas la lésion a existé,

A la face supérieure des deux hémisphères cérébraux	14 fois.
A la face supérieure d'un seul hémisphère	15
A la face supérieure des deux hémisphères et à la base	3
A la face supérieure des deux hémisphères, à la base, et dans les ventricules	4
A la base seule	0
Dans les ventricules seuls	2

Sur ces vingt-huit cas, il y en a donc dix-neuf dans lesquels la lésion est bornée à la seule convexité des hémisphères, et deux seulement dans lesquels le délire persiste jusqu'à la mort, sans qu'il y ait lésion des méninges étendues sur la face supérieure du cerveau.

Chez l'individu qui fait le sujet de notre observation XV, et qui ne nous offrit jusqu'à la mort ni délire, ni aucune autre altération de l'intelligence, la lésion occupait aussi les méninges de la convexité; c'était une sérosité abondante qui infiltrait la pie-mère, avec complication de tubercules disséminés sur cette membrane.

Chez le sujet de la dix-huitième observation consignée dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet, qui se rapproche du précédent sous le rapport de la conservation de l'intelligence jusqu'à la fin, on trouva, au-dessous d'une nécrose du pa-

riétal gauche, large comme une pièce de douze sous, une petite poche pleine de pus, circonscrite par de fausses membranes qui unissaient entre eux les deux feuillets de l'arachnoïde.

Chez le sujet de l'obs. LXI consignée dans le même ouvrage, il n'y eut pas plus que chez les deux précédens de trouble dans les facultés intellectuelles; la pie-mère étendue sur la face supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau était très rouge, et une couche purulente concrète la tapissait. Au dessus de la bosse pariétale gauche, le pus formait une sorte de foyer qui déprimait le cerveau. Ainsi dans ce cas, comme dans les deux autres, ce n'est pas par la différence du siége de la lésion qu'on peut expliquer l'absence du délire. Mais dans l'observation dont nous venons de parler en dernier lieu, il y avait une autre circonstance remarquable : bien que le malade comprît parfaitement les questions qu'on lui adressait, bien que son intelligence parût intacte, il ne pouvait pas parler, et la faculté d'articuler les sons était complètement perdue chez lui. Il n'y avait cependant chez lui aucune lésion particulière qui pût rendre compte de cette perte de la parole, le cerveau lui-même était intact; et le seul point où du pus épanché avait exercé sur lui une compression légère était loin des lobes antérieurs de chaque hémisphère.

Au lieu de délire, les individus atteints de méningite aiguë peuvent présenter un état de coma, qui tantôt existe dès le commencement de la maladie, et tantôt ne survient qu'à la suite du délire. Ce second cas est beaucoup plus fréquent que le premier, du moins chez les adultes.

Lorsqu'un malade succombe au milieu d'un état coma-

teux, les lésions que l'on trouve dans les méninges ne sont pas différentes, par leur nature, ainsi que nous l'avons déjà vu, de celles que l'on rencontre dans les cas où la vie se termine au milieu d'un état de délire. Mais alors ces lésions sont-elles différentes par leur siége? Pour répondre à cette question essayons encore de résumer les faits observés.

Sur soixante-un cas, recueillis par nous ou par d'autres, dans lesquels la mort est survenue au milieu d'un état comateux qui existait déjà, soit depuis plusieurs jours avec ou sans délire antécédent, soit au moins depuis vingt-quatre heures, nous avons trouvé que la lésion existait :

A la face supérieure des deux hémisphères cérébraux	11 fois.
A la face supérieure d'un seul hémisphère	6
A la face supérieure des deux hémisphères et à leur base	5
A la face supérieure des deux hémisphères et dans les ventricules	13
A la face supérieure des deux hémisphères, à leur base, et dans les ventricules	8
Dans les ventricules latéraux	9
A la base du cerveau	4

Il suit de ce résumé que le coma peut également survenir aux diverses périodes de la méningite aiguë, quelle que soit la partie des méninges qui se trouve affectée. Nous n'établirons donc pas avec quelques auteurs que le délire appartient exclusivement à la méningite de la convexité, et que le coma est propre à la méningite de la base. Nous croyons que, quel que soit son siége, l'inflammation des méninges a pour

effet de déterminer d'abord dans le cerveau une période d'excitation, annoncée par le délire, puis une période d'affaissement, ou réel ou apparent, qui se traduit par le coma. Dans la très grande majorité des cas qui se terminent par la mort, ces deux périodes existent. Toutefois chez quelques individus la période d'excitation persiste au-delà du temps accoutumé, et ceux-là meurent avant d'être arrivés au coma. Chez d'autres au contraire les signes d'excitation sont très courts, à peine apparens, et l'état comateux se déclare, sans avoir été précédé de délire proprement dit. Il est enfin quelques cas dans lesquels ce coma est le premier symptôme ; des individus, qui tout à l'heure étaient encore dans un bon état de santé, tombent tout à coup privés de sentiment, de connaissance et de mouvement. Nos observations XXI et XXII offrent des exemples de cette forme apoplectique de la maladie. Chez les deux individus qui en font le sujet, on ne trouva autre chose qu'une énorme distension des ventricules par de la sérosité limpide. Cette forme, différente en cela de toutes les autres, appartient-elle exclusivement à l'hydropisie aiguë des ventricules? Il est possible qu'un simple épanchement de sérosité autour du cerveau, qui infiltre la pie-mère, et vient à comprimer brusquement la masse nerveuse, produise aussi cette forme apoplectique ; mais dans tous les cas de ce genre observés jusqu'à présent, les ventricules étaient le siége principal de l'épanchement. Aux cas que nous avons cités, nous pourrions ici en ajouter un autre récemment publié par M. le docteur Martin Solon : l'individu qui fait le sujet de cette observation était un vieillard, âgé de 76 ans, atteint d'une affection organique du cœur. L'hydropisie, symptômatique de cette affection, avait graduellement diminué, et le malade paraissait être dans un état satisfaisant. Un matin il se lève

pour aller aux fosses d'aisance. Mais bientôt il rentre dans la salle, le visage violet, se dirige vers son lit, et tombe sans proférer un seul mot. Il était mort. A l'ouverture du corps, on trouva les sinus gorgés de sang, la surface du cerveau pâle, l'arachnoïde transparente, non épaissie, soulevée par un liquide séreux, limpide, incolore, qui infiltrait la pie-mère, et pouvait être évalué à cinq ou six onces. On trouva en outre les ventricules latéraux remplis d'une sérosité également limpide et transparente; les parois de ces ventricules, non plus que les parties blanches centrales, ne présentèrent aucun ramollissement. Aucune autre lésion ne fut rencontrée dans le cerveau. Dans la poitrine, on constata l'existence d'une affection organique du cœur (dilatation de ses cavités, amincissement de ses parois, état cartilagineux de la valvule tricuspide).

Ainsi donc en raison de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle s'accomplit un simple épanchement séreux soit simultanément dans les ventricules et autour du cerveau, soit seulement au sein des ventricules, des formes très différentes de maladies peuvent apparaître.

Si, dans un très court espace de temps, une très grande quantité de sérosité vient à être exhalée par l'arachnoïde, il peut en résulter un état morbide semblable à celui que produit une très abondante hémorrhagie cérébrale, en d'autres termes, une apoplexie. C'est alors une apoplexie séreuse, genre d'affection que les modernes nous paraissent avoir eu tort de rayer des cadres nosologiques. (*Voy.* notre obs. XXI, et un autre cas rapporté dans un des volumes précédens de la Clinique.)

Si la sérosité s'accumule un peu moins rapidement soit dans la pie-mère extérieure, soit dans les ventricules, il en résulte une maladie qui peut n'avoir d'autres symptômes que ceux

qui accompagnent toute irritation des méninges. (Voyez notre obs. XX.)

Si enfin l'accumulation de la sérosité se fait d'une manière lente, il peut en résulter une troisième forme dont notre obs. XXII offre un exemple. Ici, la motilité reste intacte, et l'intelligence ne s'affaiblit plus que par degrés.

En définitive, dans les cas où le trouble de l'intelligence dépend d'une affection des méninges, la cause de ce trouble, pas plus que celle de la sensibilité ou de la motilité, ne peut être rapportée à une altération spéciale soit par sa nature, soit par son siége, et toujours on ne peut se rendre compte de la diversité des lésions de l'intelligence, comme de celles de la motilité et de la sensibilité, qu'en en plaçant la cause dans la différence même d'impressionnabilité du cerveau.

CHAPITRE III.

DÉSORDRES DES FONCTIONS DES ORGANES DE LA VIE NUTRITIVE.

Plusieurs de ces désordres sont très importans à considérer, lorsqu'il s'agit d'etablir le diagnostic de la méningite, et de la distinguer d'autres maladies dans lesquelles on retrouve à peu près les mêmes désordres fonctionnels du cerveau. Du côté des voies digestives, par exemple, apparaissent chez un grand nombre d'individus atteints de méningite aiguë des phénomènes morbides très remarquables qui ne surviennent que beaucoup plus rarement, dans les cas où l'intestin est le siége d'un travail phlegmasique plus ou moins intense. La circulation est également troublée dans certains cas d'une manière tellement spéciale qu'en combinant les signes qu'elle fournit alors avec les signes donnés par le trouble même des fonctions cérébrales, on peut arriver à diagnostiquer sûrement une méningite.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS DES FONCTIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF.

Chez un assez grand nombre d'individus atteints de méningite, le tube digestif ne présente pendant la vie aucune lésion fonctionnelle appréciable. Chez d'autres il est le siége de désordres plus ou moins graves; dans ce second cas il s'agit de rechercher si ces désordres sont simplement le résultat d'une

influence anormale exercée par les centres nerveux sur les voies digestives, ou bien s'ils se trouvent liés à une affection de ces voies elles-mêmes, affection qui est venue compliquer la maladie des membranes encéphaliques.

Lorsque la méningite n'était compliquée d'aucune autre affection, la langue nous a paru presque toujours conserver son état naturel : elle est large, humide, sans rougeur aucune, et quelquefois même plus pâle que de coutume ; le plus souvent un léger enduit blanchâtre la recouvre. Voilà ce qui résulte pour nous de l'analyse de trente-sept observations, dans lesquelles nous avons trouvé noté avec quelque soin l'état de la langue. Sur ces trente-sept cas, il y en vingt-quatre dans lesquels la langue a conservé pendant toute la durée de la maladie l'aspect que nous venons d'indiquer.

Or sur ces vingt-quatre cas, dont seize ont été recueillis par nous (obs. II, III, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XIII, XIV, XVI, XVII, XIX, XXV, XXVI, XXVIII), et sept par Dance (mémoire cité, obs. II, IV, V, VIII, X, XII, XVIII), nous en trouvons quatorze dans lesquels l'estomac ne présente rien d'insolite (blancheur de la membrane muqueuse dans toute son étendue; consistance et épaisseur normales de cette membrane). Dans ces quatorze cas, nous trouvons aussi le reste du tube digestif parfaitement sain, si ce n'est dans notre obs. VII, où l'altération qu'on y rencontre est sur son déclin, et appartient à une maladie dont les symptômes ont cessé d'exister plusieurs jours avant la mort. (Voyez les réflexions placées à la suite de cette observation.)

Il reste donc dix cas dans lesquels, la langue étant restée naturelle jusqu'à la mort, l'estomac a paru cependant sur le cadavre n'être pas dans son état physiologique. Mais les lésions qu'il a présentées dans ces dix cas sont de celles

qui ordinairement n'exercent aucune influence sur l'état de la langue. Ainsi les sujets de nos obs. x et xxvi offrent une injection légère de la muqueuse gastrique, semblable à celle que l'on trouve à la suite de toutes les maladies et dans tous les genres de morts. Il en est de même de l'amincissement de la membrane muqueuse vers le grand cul-de-sac présenté par le sujet de notre obs. vi. Chez les individus dont il est question dans nos obs. iii, v, viii, la membrane muqueuse fut trouvée d'une teinte gris ardoisée par points, dans les deux derniers cas, et mamelonnée partiellement dans le premier. Dans les deux cas rapportés par Dance, où avec une langue naturelle coïncide un estomac qui n'est pas dans son état physiologique, on retrouve pour toute lésion de celui-ci, la même couleur ardoisée et le même mamelonnement que dans nos obs. iii, v et viii. Les sujets de nos obs. xiii et xxv nous offrent des lésions plus graves, mais qui elles aussi coïncident le plus ordinairement avec une langue naturelle; c'est un squirrhe terminé par ulcération dans l'obs. xiii, et une production tuberculeuse développée au-dessous de la membrane muqueuse dans l'obs. xxv.

Nous avons maintenant à examiner les quatorze cas dans lesquels la langue s'est éloignée de son état naturel. Elle était alors rouge, sèche, fendillée, brune, encroûtée, ou couverte d'un enduit muqueux beaucoup plus épais que la légère couche blanche dont nous avons parlé, et qui ne saurait constituer pour nous un état morbide de la langue.

Or parmi ces quatorze cas, il n'en est aucun qui nous offre la membrane muqueuse gastrique ou intestinale complètement exempte de lésion. Mais tantôt la lésion est grave, et du genre de celles qui coïncident le plus ordinairement avec

une modification de la langue ; dix de ces quatorze cas nous semblent devoir être compris dans cette catégorie (voyez nos obs. I, XX, XXII, XXVII, et les obs. V, VII, XI, XVI, XVII, XIX de Dance). Tantôt au contraire les lésions constatées dans l'estomac sont d'une nature analogue à celle des lésions que nous avons vu tout à l'heure coïncider avec un état naturel de la langue (voyez nos obs. IV, XII, XVIII, XXIV). Remarquons de plus que, si dans notre obs. XVIII, les altérations trouvées dans le tube digestif sont très légères, il y a en même temps une très vive inflammation de la vessie, et quelques faits consignés dans les précédens volumes de notre Clinique nous autorisent à admettre que les inflammations aiguës de la vessie ou de ses annexes ont pour effet fréquent de modifier notablement l'état de la langue.

Ainsi, en résumé, toutes les fois que chez un individu mort d'une affection des méninges nous n'avons trouvé à l'autopsie aucun état morbide soit des voies digestives, soit des voies urinaires, la langue ne s'est pas éloignée un seul instant de son état naturel ; elle l'a aussi conservé dans plusieurs cas où les lésions trouvées dans l'estomac étaient de la nature de celles qui le plus ordinairement ne modifient pas l'état de la langue ; et enfin la langue n'a presque toujours perdu son état physiologique que dans les cas où la nécroscopie montrait des désordres que l'on sait coïncider ordinairement avec une modification plus ou moins notable de l'état de la langue.

Toutes les fois donc que chez un malade qui présente plusieurs des signes rationnels d'une irritation encéphalique, on trouvera la langue rouge, sèche, brune, etc. on sera porté à penser ou bien que cette irritation n'est que le produit sympathique d'une autre maladie, ou bien que celle-ci la com-

plique (1). Ainsi, au nombre des causes nombreuses qui peuvent modifier l'état de la langue, il ne faut pas placer l'inflammation des méninges. Mais, pendant son cours, ou en même temps qu'elle, peuvent se développer divers états morbides, appréciables ou non par l'anatomie pathologique, qui entraînent à leur suite la modification de la langue.

Dans la plupart des observations où la méningite n'était compliquée d'aucune affection, il ne nous a pas paru que la soif fût considérable. L'abolition de l'appétit se montra souvent au début de la maladie; toutefois chez quelques individus la faim se fit encore sentir, lorsque déjà existait depuis plusieurs jours cette céphalalgie intense, qui marque si fréquemment le début de la maladie.

Chez quelques individus, l'épigastre était le siége d'une douleur assez vive que la pression augmentait, et nous n'avons pas vu que, dans tous les cas où l'existence de cette douleur a été constatée, il y eut complication de gastrite. Cette épigastralgie s'est montrée dans la plupart des cas à une époque rapprochée de celle du début de la maladie. Du reste, nous ne l'avons jamais vue acquérir une grande intensité, et elle n'est pas, sous ce rapport, comparable à la céphalalgie.

Nous arrivons à un des phénomènes qui caractérisent le mieux certains cas de méningite, nous voulons parler du vo-

(1) Comme il n'y a pas de règle qui n'ait ses exceptions, nous rappellerons ici que dans quelques observations consignées dans le tome 3 de cet ouvrage, où les symptômes prédominans sont ceux d'une fièvre dite *ataxique*, l'aspect naturel de la langue aurait pu faire croire à l'existence d'une méningite; et cependant celle-ci n'existait pas, et tout le désordre celui du moins que peut apprécier l'anatomie, avait son siége dans l'intestin.

missement et des nausées. Ici, comme dans bien d'autres circonstances, l'estomac est le siége du phénomène; mais sa cause est ailleurs.

Les vomissemens ou au moins les nausées accompagnent très fréquemment l'inflammation aiguë des méninges; ces phénomènes se montrent presque exclusivement dans les premiers temps de la maladie, et souvent ils en marquent le début. Tantôt ils se répètent peu, n'attirent que faiblement l'attention, et au bout de vingt-quatre à trente heures ils ne se reproduisent plus. Tantôt au contraire ils persistent pendant plusieurs jours, et quelquefois même pendant toute la durée de la maladie. Certains individus ne vomissent que deux ou trois fois dans la journée; chez d'autres le vomissement revient à des époques beaucoup plus rapprochées, toutes les heures et tous les quarts-d'heure. Plusieurs malades rendent ainsi rapidement une énorme quantité de bile jaune ou verdâtre; d'autres, au milieu d'efforts pénibles, n'expulsent qu'un peu de mucus. Il en est qui ne peuvent pas introduire une cuillerée de boisson dans leur estomac, sans ramener les vomissemens.

En même temps que ces vomissemens ont lieu, il arrive fréquemment qu'on n'observe aucun autre accident du côté des voies digestives: la langue reste naturelle; l'épigastre est indolent; tout l'abdomen est parfaitement souple; et dans les cas où est survenue la mort, lorsque ces vomissemens existaient encore, on a trouvé souvent l'estomac dans l'état le plus sain. Exemple bien frappant d'une modification de fonction que ne nous révèle aucun changement dans la texture de l'organe.

Que si maintenant nous recherchons si la fréquence des nausées et des vomissemens est sous la dépendance du siége

même de la méningite, nous trouverons que ces symptômes se montrent à peu près en égale proportion soit dans la méningite de la convexité, soit dans celle de la base, soit dans celle des ventricules. Le siége de la maladie dans telle ou telle partie des méninges est par conséquent sans influence sur la production plus ou moins facile des nausées et des vomissemens. Il en est de même de la nature de la lésion. Pourquoi donc, sur deux cas où les lésions apparentes sont les mêmes, le vomissement a-t-il lieu dans l'un, et manque-t-il dans l'autre? l'anatomie ne saurait nous l'apprendre; ainsi toutes les fois que nous voulons remonter à la cause de l'inconstance des symptômes de la méningite, nous ne pouvons nous rendre compte de cette inconstance par la différence des lésions des méninges, et il faut bien que nous admettions dans le cerveau lui-même des modifications fonctionnelles dont la science de l'anatomiste n'a pas encore trouvé le secret.

Le vomissement, lorsqu'il présente les caractères que nous venons d'indiquer, lorsque, par exemple, un état naturel de la langue coïncide avec lui, est un signe précieux pour distinguer au début les symptômes nerveux qui dépendent d'une irritation idiopathique de l'encéphale de ceux qui sont liés à l'inflammation des follicules intestinaux. On peut voir dans le troisième volume de notre Clinique combien dans ce second cas les vomissemens sont rares.

Tels sont les principaux désordres fonctionnels qui apparaissent du côté de l'estomac dans les cas de méningite. Quant aux intestins proprement dits, ils n'offrent que très peu de désordres. Ainsi, dans tous les cas de méningites exemptes de complications, recueillis par nous ou par d'autres, nous avons trouvé l'abdomen souple et indolent dans tous ses points; les selles sont rares; le météorisme n'a lieu que lors-

que l'intestin lui-même est malade ; et cette absence constante de météorisme est encore un des caractères à l'aide desquels on pourra distinguer une méningite d'une fièvre grave à la suite de laquelle on ne trouve, après la mort, d'autre lésion que dans le tube digestif.

ARTICLE II.

LÉSIONS DE LA CIRCULATION.

Les désordres produits par les maladies des méninges dans l'appareil circulatoire, peuvent porter, 1° sur les mouvemens du cœur ; 2° sur le mode suivant lequel s'accomplissent les expansions artérielles ; 3° sur la circulation capillaire ; 4° sur les qualités du sang lui-même.

Le cœur, exploré pendant la vie, ne nous a pas offert d'autres modifications que celles dont le pouls nous a annoncé l'existence. Après la mort, il ne nous a présenté rien de particulier. Notons seulement que l'un des individus qui sont morts avec des symptômes d'apoplexie, et chez lesquels on a trouvé les ventricules dilatés par une grande quantité de sérosité, avait une affection organique du cœur.

Les expansions artérielles nous ont offert des modifications sous le rapport de leur fréquence, de leur force, et de leur rhythme.

Parmi les cas de méningites semblables à ceux dont nos observations particulières nous ont présenté des exemples, nous en avons trouvé soixante-dix-neuf recueillis par nous ou par d'autres dans lesquels les caractères du pouls ont été notés. Or, sur ces soixante-dix-neuf cas, le pouls a présenté sous le rapport de sa fréquence les modifications suivantes :

De fréquence ordinaire..............	dans	18 cas.
D'une fréquence plus grande que de coutume..............................		33
De fréquence moindre que de coutume...		0
De fréquence ordinaire dans le cours de la maladie, et s'accélérant dans les derniers temps.....................................		16
De fréquence moindre que de coutume dans le cours de la maladie, et s'accélérant seulement vers la fin.........................		8
Fréquent d'abord, puis lent............		1
Alternativement lent et fréquent........		3

Rien n'est donc plus variable que l'état du pouls chez les individus atteints de méningite. Si chez un assez grand nombre de malades il s'accélère d'une manière notable, chez d'autres les battemens artériels ne se montrent pas plus fréquens que dans l'état physiologique, et chez d'autres enfin ils deviennent plus rares. D'après notre relevé qui ne porte que sur des adultes, ce troisième cas serait plus rare que le second. On voit aussi par le tableau précédent qu'il est un certain nombre de cas dans lesquels le pouls, long-temps sans fréquence, ne s'accélère que dans les derniers temps, comme, par exemple, trente ou quarante heures seulement avant la mort.

Si l'on réunit ces derniers cas aux précédens, on trouve que le nombre des cas dans lesquels la circulation ne s'accélère pas pendant un long laps de temps, est plus grand que le nombre de ceux dans lesquels l'inverse a lieu.

Toujours est-il que la proportion des cas, dans lesquels le pouls reste sans fréquence ou devient plus rare, est plus con-

sidérable dans les affections aiguës des méninges, que dans la plupart des inflammations également aiguës des organes thoraciques et abdominaux.

La lenteur du pouls devient encore un signe de plus de valeur pour distinguer une véritable affection des méninges d'avec d'autres états morbides qui peuvent lui ressembler, si l'on se rappelle quelques cas dans lesquels les méninges étant venues à s'affecter pendant le cours d'une autre affection, le début de cette complication a été marqué par un remarquable changement dans le pouls, qui, précipité jusqu'alors, a perdu tout à coup sa fréquence.

Il s'agit maintenant de déterminer si les trois modifications du pouls relatives à sa fréquence, que nous venons de signaler, sont en rapport avec des formes spéciales d'affections des méninges. Voici à cet égard ce qui résulte de l'analyse des soixante-dix-neuf cas précités.

Dans les dix-huit cas où le pouls a constamment offert une fréquence normale, nous avons trouvé que les méninges étaient lésées :

Sur la convexité des hémisphères cérébraux.....	6 fois.
A leur base..........................	1
Dans les ventricules..........................	4
Sur la convexité et dans les ventricules.........	4
Sur la convexité, à la base, et dans les ventricules.	3

Dans ces différens cas, d'ailleurs, la nature de la lésion n'a pas toujours été la même. Ainsi, dans neuf de ces cas, elle consistait dans une matière puriforme qui infiltrait la pie-mère, ou remplissait les ventricules : dans cinq cas c'était une sérosité transparente, sans autre lésion appréciable,

qui remplissait ces mêmes parties; dans un autre cas, en même temps qu'existait cette sérosité, du sang en nature infiltrait la pie-mère de la base. Dans un autre cas les méninges de la convexité n'offraient autre chose qu'une vive injection; dans un autre, un épaississement remarquable; sur un sujet un kyste séreux comprimait un des hémisphères du cerveau; et enfin chez l'individu dont il est question dans notre obs. II, une tumeur fibreuse pressait sur un des lobes du cervelet.

Les lésions présentées par les individus chez lesquels le pouls, resté normal sous le rapport de sa fréquence, pendant toute la durée de la maladie, ne s'est accéléré que très peu de temps avant la mort, ne diffèrent pas des précédentes. Ainsi, dans les seize cas de ce genre signalés plus haut, les méninges étaient lésées :

Sur la convexité des hémisphères cérébraux	4 fois.
A leur base	0
Dans les ventricules	1
Sur la convexité des hémisphères, et à leur base	1
Sur la convexité des hémisphères et dans les ventricules	2
A la base du cerveau et dans les ventricules	4
Sur la convexité, à la base, et dans les ventricules	4

Dans ces seize cas on a rencontré :

Du pus, des concrétions membraniformes, de la sérosité floconneuse	11 fois.
De la sérosité transparente	1
Du sang épanché dans la grande cavité de l'arachnoïde	1
Une simple rougeur des méninges	3

Nous allons encore retrouver les mêmes lésions dans les cas où, baissé, sous le rapport de la fréquence, au-dessous de son type normal, le pouls ne s'est encore accéléré que très peu de temps avant la terminaison fatale de la maladie. Dans ces cas qui, comme nous l'avons vu, sont seulement au nombre de huit, les méninges étaient lésées :

Sur la convexité des hémisphères cérébraux..... 2 fois.
Dans les ventricules........................ 3
A la base du cerveau et dans les ventricules..... 1
Sur la convexité des hémisphères, à leur base, et dans les ventricules........................ 2

Dans ces huit cas, on a rencontré :
Du pus, des concrétions membraniformes....... 5 fois.
De la sérosité transparente distendant les ventricules............................ 5
Une tumeur fibreuse comprimant un hémisphère cérébral............................ 1

Dans deux de ces cas seulement, la seule lésion que l'on rencontra fut un énorme épanchement de sérosité limpide dans les ventricules latéraux, avec ramollissement superficiel des parois de ces ventricules dans un cas, et des parties blanches centrales dans un autre cas.

Dans trois autres de ces mêmes cas, en même temps qu'une grande quantité de sérosité parfaitement limpide dilatait les ventricules, des concrétions membraniformes tapissaient la base du cerveau. Sur ces trois cas, il y en a deux dans lesquels les parties blanches centrales sont ramollies, et un autre où ce ramollissement n'a pas lieu.

Dans les trois autres cas, nous ne trouvons plus dans les ventricules que peu ou point de sérosité, et les parties blanches centrales ne sont pas ramollies. Dans un de ces trois cas, la base du cerveau est recouverte de concrétions pseudo-membraneuses; dans un autre, du pus infiltre la pie-mère de la convexité, et dans le troisième enfin une tumeur fibreuse comprime le cerveau de haut en bas.

Nous avons trouvé un cas dans lequel, à l'inverse des précédens, le pouls fréquent pendant le cours de la maladie, devint très lent la veille de la mort. Dans ce cas, outre des concrétions membraniformes répandues sur la face supérieure du cerveau, on rencontra au sein des ventricules une très grande quantité de sérosité.

Des faits qui viennent d'être analysés, il suit que, dans les affections des méninges, l'absence de la fréquence du pouls, non plus que son ralentissement, ne dépendent uniquement ni du siége de la lésion, ni de sa nature : toutefois il résulterait aussi de ces faits que cet état de la circulation se montre plus souvent, lorsque les ventricules se trouvent distendus par beaucoup de liquide; mais nous l'avons aussi constatée dans des cas où les ventricules étaient parfaitement sains.

Revenons maintenant aux cas dans lesquels la circulation a été accélérée pendant la plus grande partie du cours de la maladie. Dans ces cas, au nombre de trente-trois, nous avons trouvé que les méninges étaient lésées :

Sur la convexité des hémisphères cérébraux.	14 fois.
A leur base.	2
Dans les ventricules.	3
Sur la convexité et à la base.	2
Sur la convexité et dans les ventricules.	2

A la base et dans les ventricules 1
Sur la convexité, à la base, et dans les ventricules 4

Dans ces trente-trois cas, on a rencontré :
Du pus, des concrétions membraniformes, de la sérosité trouble, rouge, floconneuse . . . . 22 fois.
De la sérosité transparente, sans autre lésion des méninges, et avec ramollissement des parties blanches centrales (1) 1
De la sérosité transparente, avec rougeur de diverses parties des méninges 4
Rougeur des méninges sans autre lésion 5

Ainsi, les cas de méningites dans lesquels a lieu l'accélération du pouls, semblent être plus particulièrement des cas d'inflammation des méninges de la convexité, et c'est presque exclusivement lorsqu'on a trouvé sur le cadavre des lésions qui caractérisent l'état phlegmatique que l'on a constaté cette accélération.

Considéré relativement à sa force, le pouls, dans la méningite, ne présente aucun caractère constant. Il a été trouvé dur, plein, vibrant chez un grand nombre d'individus ; chez d'autres, au contraire, il est petit, concentré dès le commencement de la maladie. Il devient ordinairement plus faible, plus dépressible pendant la période du coma.

Quant au rhythme du pouls, il nous a paru que, dans les cas d'affection des méninges, il n'était que très rarement

(1) Dans ce cas qui a été publié par Dance, le malade n'a été observé que très peu de temps avant la mort.

modifié. En effet, sur les soixante-dix-neuf cas dont nous avons présenté l'analyse dans cet article, nous n'en avons trouvé que huit dans lesquels il fut question d'une modification dans le rhythme du pouls. Dans aucun de ces cas le cœur n'était malade. Dans quatre de ces cas, en même temps que le pouls était irrégulier, intermittent, inégal, il était sans fréquence; dans trois autres, il était en même temps fréquent et irrégulier; dans un autre cas enfin, son irrégularité coïncidait avec des alternatives d'accélération et de ralentissement. Chez cinq malades, l'irrégularité du pouls se montra pendant tout le temps où ils furent soumis à notre observation. Deux autres ne nous la présentèrent que peu de temps avant la mort; et chez un autre, le pouls qui avait offert une grande irrégularité pendant toute la durée de l'affection, la perdit, et reprit un rhythme tout-à-fait naturel la veille de la mort.

Dans ces huit derniers cas, les méninges ont été trouvées lésées :

Sur la convexité des hémisphères cérébraux......	4 fois.
A la base du cerveau et dans les ventricules......	3
Sur la convexité, à la base, et dans les ventricules.	1

Dans ces huit cas, on ne trouve non plus rien de particulier dans la nature des lésions.

Ainsi, dans les affections des méninges, l'irrégularité du pouls ne s'explique pas plus par l'anatomie pathologique, qui ne s'explique par elle sa force ou sa faiblesse, sa fréquence ou sa lenteur.

La circulation capillaire se modifie d'une manière notable dans quelques-unes de ses parties, chez les individus dont les méninges sont lésées. Les modifications qu'elle subit sont

principalement appréciables à la conjonctive et à la face. En effet, chez un certain nombre d'individus atteints de méningite aiguë, le début de la maladie est marqué par une forte injection des conjonctives, et en général de toute la peau de la face. Cette injection peut persister pendant plusieurs jours, et la mort survenir avant qu'elle n'ait cessé. D'autres fois, la rougeur des conjonctives disparaît promptement, ainsi que celle de la face, et une remarquable pâleur la remplace. Enfin il est un assez grand nombre de cas dans lesquels on ne remarque durant tout le temps de la maladie, ni l'injection des conjonctives, ni la rougeur de la face : tantôt alors celle-ci présente sa coloration naturelle ; tantôt elle est d'une grande pâleur ; et notez bien que cette pâleur ne s'observe pas uniquement dans les cas où, après la mort, on ne trouve d'autre lésion qu'un abondant épanchement de sérosité limpide autour du cerveau ou dans les ventricules : nous l'avons constatée aussi dans les cas où les désordres anatomiques annonçaient qu'une vive inflammation avait envahi les membranes du cerveau. (Infiltration de la pie-mère par du pus, sérosité floconneuse dans les ventricules, pseudo-membranes à la base du cerveau, etc.)

La température de la peau varie beaucoup dans les différentes formes d'affections des méninges. Souvent elle est élevée ; mais souvent aussi elle se conserve parfaitement naturelle dans toutes les phases de la maladie. Elle ne s'élève pas constamment dans les cas mêmes où, après la mort, l'on trouve du pus autour du cerveau.

ARTICLE III.

LÉSIONS DE LA RESPIRATION.

Cette fonction ne reste pas toujours intacte chez les individus dont les méninges sont affectées. Les désordres qu'elle éprouve paraissent dépendre de l'influence qu'exerce sur elle la maladie des centres nerveux, puisque, après la mort, on ne trouve dans les poumons aucune lésion qui puisse rendre compte des modifications que la respiration a présentées pendant la vie. Sur soixante-dix-sept cas d'affections des méninges, exemptes de toute complication d'état morbide des voies respiratoires, appréciable par l'anatomie, nous avons trouvé la respiration :

Naturelle	53 fois.
Accélérée	7
Haute, sans être accélérée	4
Rare	4
Inégale	8

Il suit de ce tableau que les cas dans lesquels la respiration est restée à l'état normal sont beaucoup plus nombreux que ceux dans lesquels elle s'est modifiée d'une manière quelconque. D'ailleurs, parmi ces cinquante-trois cas, il en est très peu dans lesquels la respiration ne soit pas devenue embarrassée, stertoreuse pendant les dernières heures qui ont précédé la mort. Dans quelques-uns, cependant, nous voyons la vie cesser brusquement, sans qu'aucune gêne de la respiration ait apparu.

Les cinquante-trois cas, dans lesquels la respiration s'est conservée à l'état normal, nous ont offert toutes les variétés possibles de lésions des méninges, soit relativement à leur nature, soit relativement à leur siége. Quant aux cas dans lesquels la respiration a été modifiée, ils ne présentent non plus rien de particulier sous le rapport de l'altération trouvée dans les méninges. De telle sorte qu'ici encore les données anatomiques sont complètement insuffisantes pour expliquer l'influence variable suivant les individus, que le cerveau irrité ou comprimé exerce sur l'action de l'appareil respiratoire. De plus, quelques-unes des observations consignées dans le tome III de la *Clinique* prouvent que, sans lésion appréciable du cerveau ou de ses enveloppes, la respiration peut présenter les modifications diverses que résume le tableau précédent : il suffit pour cela qu'une cause quelconque ait troublé l'innervation d'une manière passagère ou durable.

LIVRE SECOND.

MALADIES DU CERVEAU.

ORDRE PREMIER.

CONGESTIONS CEREBRALES.

On a rapporté aux congestions ou hypérémies cérébrales un grand nombre d'états morbides, très différens les uns des autres par les désordres fonctionnels qui les accompagnent; tantôt donnant lieu à tous les symptômes qui caractérisent une forte attaque d'apoplexie, et pouvant même produire la mort plus promptement qu'une véritable hémorrhagie cérébrale, tantôt simulant une inflammation aiguë des méninges, etc.

Les observations qu'on va lire sont des exemples de ces formes variées de l'hypérémie cérébrale; elles montreront aussi combien sont différens les symptômes que peut déterminer une même lésion, soit en raison des différences qu'elles présente dans son intensité, dans sa marche, dans la rapidité plus ou moins grande de sa production, soit en raison de la différence même de disposition des individus qu'elle frappe.

Section première.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

Ire OBSERVATION.

Ancienne affection du cœur. Tout à coup perte de connaissance et de mouvement; mort rapide. Injection notable de la substance des hémisphères cérébraux.

Une femme, âgée de 53 ans, entra à l'hôpital Cochin dans le courant du mois de mars 1829. Le premier jour où nous la voyons, elle présente l'état suivant :

Face rouge, vultueuse; lèvres violacées; œdème des membres inférieurs; ascite manifeste; parole haletante; orthopnée; battemens de cœur tumultueux, repoussant l'oreille; perceptibles dans presque tous les points de la poitrine, excepté à droite en arrière; pouls enfoncé, contrastant par la petitesse de ses battemens avec l'énergie de ceux du cœur, régulier d'ailleurs, et sans fréquence. Toux ancienne; râle sonore sec en différens points du thorax; intégrité des fonctions digestives; aucun trouble appréciable du côté des centres nerveux.

Cette femme fut regardée comme atteinte d'une hypertrophie des parois du cœur avec dilation de ses cavités; elle fut saignée, et soumise à l'usage de la digitale.

Sous l'influence de ces moyens, d'un régime convenable et du repos, la dyspnée et l'ascite avaient un peu diminué;

lorsqu'un jour, au moment de quitter son lit, et en se mettant debout, elle se plaint de voir tous les objets tourner autour d'elle : à peine a-t-elle proféré ces paroles, qu'elle pousse un cri, porte la main vers sa tête, et tombe sans connaissance; elle ne la recouvre point le reste de la journée, et meurt le soir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les méninges n'offrent aucune altération appréciable, si ce n'est que l'arachnoïde étendue sur la convexité des hémisphères cérébraux offre une sécheresse singulière. La couche grise des circonvolutions a une teinte rosée très prononcée. La substance médullaire qui forme en grande partie la masse nerveuse située au-dessus des ventricules est parsemée d'un très grand nombre de petits points rouges, dont chacun constitue l'orifice d'un vaisseau gorgé de sang. Il en résulte sur chaque tranche que l'on enlève une sorte de *sablé* rouge. Du reste, dans toute l'étendue des hémisphères la substance nerveuse a conservé sa consistance normale. Les ventricules contiennent à peine quelques gouttes de sérosité; les couches optiques et les corps striés sont moins injectés que le reste des hémisphères; les parties blanches centrales sont bien consistantes : aucune lésion appréciable n'existe dans les autres parties de l'encéphale, non plus que dans la moelle. Les sinus de la dure-mère sont gorgés d'un sang noir liquide.

Thorax. Les poumons sont engoués par une énorme quantité de sérosité spumeuse qui s'écoule en nappes, à chaque incision que l'on pratique dans leur parenchyme. Le cœur est très volumineux; ses parois sont épaissies, et ses cavités

dilatées. Ses différens orifices sont libres; à la base d'une des valvules aortiques, existent seulement quelques ossifications, qui ne s'opposent point à la liberté de son jeu.

Examinée dans toute son étendue, l'aorte ne présente d'autre lésion que quelques plaques cartilagineuses et osseuses qui incrustent ses parois.

Abdomen. Teinte ardoisée et mamelonnement de la membrane muqueuse gastrique dans une grande partie de son étendue. Rien de notable dans le reste de l'intestin; foie gorgé de sang; rate petite et dense.

Voilà un cas dans lequel, avant l'ouverture du corps, on aurait pu croire à l'existence d'une forte hémorrhagie cérébrale. La malade présenta en effet les symptômes qui caractérisent une violente attaque d'apoplexie. Le cri qu'elle poussa, la main qu'elle porta à sa tête avant de tomber, paraissent indiquer qu'elle éprouva une sensation douloureuse du côté du cerveau. Un pareil cri ne précède pas d'ailleurs ordinairement une attaque d'apoplexie; il se lie plutôt aux accès épileptiques, et rien ici n'y ressembla. L'étourdissement dont elle se plaignit d'abord était le premier que la malade eût accusé: une fois tombée sans connaissance, elle resta privée de mouvement et de sentiment; et, au bout de quelques heures, elle mourut à la manière des apoplectiques. Cependant, nous ne trouvâmes dans le cerveau rien autre chose qu'une injection plus vive que de coutume des deux hémisphères. C'est là sans doute une lésion bien légère pour expliquer d'aussi graves accidens. Il est vraisemblable qu'une pareille injection a lieu d'une manière momentanée chez les individus qui sont pris momentanément aussi d'étourdisse-

mens et autres signes de congestion cérébrale, sans qu'il en résulte rien de fâcheux. Cette même injection est sans doute aussi la seule lésion dont le cerveau soit le siége dans ces cas où surviennent tous les symptômes d'une attaque d'apoplexie qui, après avoir duré quelques heures, se dissipent entièrement sans laisser aucune trace de leur existence. Il n'est pas probable qu'en pareille circonstance une hémorrhagie ait eu lieu : car le sang, une fois épanché au sein de la pulpe cérébrale, ne pourrait pas se résorber aussi vite. Nous avons vu des cas de ce genre dans lesquels une hémiplégie des plus complètes, précédée et accompagnée de perte de connaissance et de respiration stertoreuse, s'est également dissipée quelques heures après avoir apparu. Dans ces cas où la perte de mouvement et de sentiment bornée à un côté du corps semble indiquer une lésion plus profonde dans l'hémisphère cérébral du côté opposé, est-il encore possible qu'il n'y ait que simple hypérémie cérébrale, sans sortie du sang hors de ses vaisseaux? Le fait suivant va nous démontrer qu'il peut en être ainsi.

IIe OBSERVATION.

Attaque d'apoplexie survenue pendant le cours d'une affection chronique des organes thoraciques et abdominaux. Hémiplégie. Mort deux jours après cette attaque. Injection vive de la substance des hémisphères cérébraux. Aucune autre lésion dans les centres nerveux.

Un homme, âgé de 72 ans, entre à la Maison royale de santé le 7 juillet 1830. Six mois auparavant il avait été opéré d'une hydrocèle. A l'âge de 18 ans, ce malade avait eu une abondante hémoptysie; plus de trois verres de sang avaient

été expectorés par lui dans l'espace de quinze jours. Depuis, l'hémoptysie ne s'est pas renouvelée ; mais toute sa vie il a été sujet à tousser. Lorsqu'il fut soumis à notre observation, nous reconnûmes, en palpant l'abdomen, une tumeur bosselée que l'on suivait dans l'hypocondre droit, dans le flanc du même côté, à l'épigastre, au niveau de l'ombilic, et jusque dans l'hypocondre gauche : cette tumeur nous parut appartenir au foie ; elle pouvait être pressée, sans qu'il en résultât de la douleur. Depuis deux mois seulement, l'appétit était perdu ; le malade n'avait ni soif, ni nausées, ni vomissemens ; les selles étaient depuis long-temps fréquentes et mal liées ; un mucus blanc épais, un peu visqueux, recouvrait la langue ; une fluctuation évidente se percevait dans l'abdomen ; les jambes étaient œdématiées, et une abondante sérosité infiltrait les bourses. Un bruit respiratoire très fort, sans mélange de râle, s'entendait dans tous les points de la poitrine ; le pouls était fréquent ; la peau chaude ; un dépôt abondant d'acide rosacique existait dans les urines.

Les deux jours suivans, même état, si ce n'est que la langue devint rouge et sèche.

Dans la journée du 10 juillet, vers trois heures de l'après-midi, de nouveaux symptômes surviennent inopinément : le malade perd tout à coup connaissance ; et le lendemain matin, à notre visite, on nous dit qu'il a eu la veille une attaque d'apoplexie. Il nous présente l'état suivant :

Décubitus en supination ; injection vive de la face ; yeux fermés : lorsqu'on soulève la paupière, on voit le globe oculaire de chaque côté exécuter lentement quelques mouvemens ; lorsqu'on en approche le doigt, le malade abaisse brusquement les paupières ; les pupilles ont une dilatation médiocre, égale des deux côtés ; la commissure droite des

lèvres est légèrement tirée en haut ; le membre thoracique gauche, soulevé par nous, retombe de son propre poids comme une masse inerte. Vainement pince-t-on assez fortement la peau de ce membre ; il ne paraît en résulter aucune douleur. La peau du membre abdominal gauche paraît être également privée de sensibilité, et elle semble privée de toute motilité. A droite, au contraire, les membres supérieur et inférieur exécutent sous nos yeux quelques mouvemens ; lorsqu'on soulève le bras droit, il est retenu en l'air par le malade, et ne retombe pas brusquement comme le gauche. L'intelligence est complètement abolie ; le malade ressemble à un individu qui dort profondément : nous ne pouvons pas voir sa langue. Le pouls a perdu la fréquence qu'il offrait les jours précédens (*saignée de seize onces ; vésicatoires aux jambes ; lavement purgatif*).

Dans la journée, le malade donna quelques signes de connaissance ; et il parla un peu.

Le lendemain matin 12, son état s'était sensiblement amélioré : il répondait assez nettement aux questions qu'on lui adressait ; les lèvres n'étaient plus déviées ; la langue se tirait droite ; et il pouvait faire exécuter quelque mouvement aux membres du côté gauche ; mais il était évident que ces membres étaient encore plus faibles que ceux du côté droit ; la sensibilité paraissait aussi y être encore plus obtuse. Le pouls avait repris de la fréquence.

Vers onze heures, toute connaissance se perd de nouveau ; la face s'injecte fortement ; et jusqu'au lendemain matin il reste plongé dans un état comateux, d'où rien ne peut le tirer. A huit heures, à notre visite, nous le trouvons absolument dans le même état que l'avant-veille ; la respiration est stertoreuse. A midi, il succombe.

OUVERTURE DU CADAVRE.

19 heures après la mort.

Crâne. Les méninges sont exemptes de toute altération ; seulement elles sont partout assez vivement injectées ; les sinus de la dure-mère sont remplis de sang. Dans toute l'étendue des hémisphères du cerveau, chaque tranche de pulpe nerveuse présente un pointillé rouge très remarquable. Il y a quelques endroits où les points rouges, qui sont les orifices d'autant de vaisseaux remplis de sang, sont tellement agglomérés, qu'il en résulte des taches d'un rouge écarlate du diamètre d'une pièce d'un franc. Nulle part, d'ailleurs, la consistance de la substance cérébrale n'est modifiée. Pas d'autre lésion dans les centres nerveux.

Thorax. Adhérences intimes de la plèvre gauche en haut et en arrière ; notable dilatation des bronches ; au sommet du poumon gauche, couleur noire et induration de plusieurs lobules autour d'elles. Au milieu de ces lobules, devenus imperméables à l'air, existent plusieurs petites concrétions osseuses qui ont à peu près toutes le volume d'un grain d'orge. Ces concrétions ont la dureté d'un os véritable : plusieurs sont ramifiées. A côté d'elles, on trouve d'autres concrétions plus molles, semblables à de la craie à laquelle on aurait ajouté un peu d'eau. Le reste du poumon gauche est sain, crépitant, fourni d'une grande quantité de matière colorante noire.

Adhérences intimes de la plèvre, vers le sommet du poumon droit. Dans ce sommet on trouve des cavités qui communiquent les unes avec les autres, qu'on prendrait d'abord pour des cavernes, et qu'un examen plus attentif fait recon-

naître pour des bronches considérablement dilatées. Autour d'elles, plusieurs lobules noirs et durs; nulle trace de tubercules; languette emphysémateuse vers la base du poumon. (Larges cellules dont les parois transparentes font saillie au-dessus du niveau du reste de la surface pulmonaire.)

Un sang noir liquide remplit les cavités droites du cœur; le ventricule gauche est vide; un caillot noir, assez consistant, distend l'oreillette gauche. Rien d'anormal dans le cœur, si ce n'est un peu d'ossification à la base des valvules aortiques. Quelques petites plaques osseuses sont disséminées dans l'aorte.

Abdomen. Sérosité limpide dans le péritoine; à l'intérieur de l'estomac, vers la petite courbure, ulcère large comme une pièce de cinq francs au moins, à bords renversés, semblable à un champignon. Le tissu qui constitue le fond et les bords de cet ulcère a tous les caractères de la matière dite encéphaloïde. Rien de notable dans le reste du tube digestif.

Le foie, très volumineux, est transformé dans les deux tiers au moins de son étendue en substance encéphaloïde; on y rencontre, en outre: 1° un developpement notable des circonvolutions de la substance jaune; en plusieurs points une couleur d'un rouge vif, paraissant dépendre d'un développement contre nature du tissu vasculaire; on dirait d'une sorte de tissu érectile; 2° en d'autres points on trouve mêlée au tissu du foie une substance d'un vert pâle, qui a tous les caractères de la fibrine au trois quarts décolorée, telle qu'on la trouve souvent dans les cavités du cœur; 3° en se décolorant de plus en plus, cette substance paraît se transformer en matière encéphaloïde.

La rate, de volume ordinaire, est tout à la fois très dense et très dure.

Entre la rate et le rein existe une masse encéphaloïde du volume d'un œuf de poule. Deux autres masses semblables, flottantes, ayant chacune le volume d'une noix, sont développées dans le grand épiploon auquel elles sont comme appendues.

Ce cas se rapproche du précédent par la manière brusque dont survinrent les accidens, et par la nature de ceux-ci ; ici encore c'est un ensemble de symptômes tout-à-fait semblables à ceux qui caractérisent une attaque d'apoplexie ; et à l'ouverture du corps nous ne trouvons aucune trace d'hémorrhagie, mais seulement une injection des plus remarquables des vaisseaux de l'encéphale. Cette injection, portée au point de donner une teinte rouge presque uniforme à quelques points du cerveau, a une intensité égale dans les deux hémisphères ; et cependant le mouvement n'a été aboli que d'un côté du corps, absolument comme dans les cas où l'un des hémisphères est devenu le siége d'un épanchement de sang. Nouvel exemple à ajouter à tant d'autres de l'insuffisance de nos moyens actuels d'investigation pour expliquer la variété infinie des symptômes par les lésions anatomiques. Et notez qu'ici il n'y a pas même à invoquer le jeu des sympathies : ce n'est point d'elles certainement que dépendit l'hémiplégie. Celle-ci disparut en partie vingt-quatre heures après s'être manifestée, puis elle se montra de nouveau, et cette circonstance aurait pu faire penser que la cause qui la produisait n'était elle-même liée à aucune lésion grave du cerveau. L'intelligence se rétablit aussi momentanément ; mais cela s'observe également dans des cas d'hémorrhagie cérébrale.

Cette observation présente un grand intérêt sous d'autres

rapports, qu'il n'est point de notre sujet de développer ici. Signalons seulement à l'attention du lecteur ce cas remarquable d'hémoptysie qui survint à l'âge de 18 ans, qui depuis ne reparut pas, et qui n'empêcha pas le malade d'arriver à un âge avancé. Signalons encore ces concrétions osseuses dont un des poumons était le siége, cette dilatation des bronches observée dans l'autre, et qui aurait pu en imposer pour une excavation tuberculeuse, enfin les nombreux cancers qui avaient envahi plusieurs des viscères abdominaux, et dont un seul, celui du foie, aurait pu être soupçonné pendant la vie.

IIIe OBSERVATION.

Signes de congestion cérébrale existant depuis plusieurs années. Tout à coup hémiplégie droite, sans perte antécédente de connaissance; plus tard abolition subite de l'intelligence, état comateux et mort.

Une femme, âgée de 50 ans environ, entre à l'hôpital Cochin avec une ascite qui existe, nous assure-t-elle, depuis plusieurs mois. Elle nous raconte que depuis une dixaine d'années, il ne se passe guère de semaines, sans qu'elle n'ait des étourdissemens assez forts pour l'obliger de chercher un appui, de peur de tomber. Ces étourdissemens ne durent que quelques minutes; ils sont accompagnés de tintemens d'oreilles, et souvent, après qu'ils ont cessé, la malade éprouve des picotemens incommodes au bout des doigts, qui sont parfois comme engourdis. *Il y a des jours*, nous dit-elle, *où il me semble que les objets que je touche sont séparés de ma main par un morceau de velours*. Cependant il ne lui

est jamais arrivé de perdre complètement connaissance ; son intelligence est très nette, et sa mémoire bien conservée. Cette femme sollicite avec ardeur la ponction, et comme aucune contre-indication ne paraît exister, j'accède à son désir. Après que la sérosité a été évacuée, je constate dans l'hypocondre droit l'existence d'une tumeur volumineuse qui s'étend jusqu'à l'ombilic, qui à ce point semble se terminer par un bord mousse, et qui ressemble entièrement au foie développé. Cette tumeur se trouve dans l'épigastre ; elle disparaît vers l'hypocondre gauche.

Trois jours s'étaient écoulés depuis que la ponction avait été pratiquée ; la malade s'affaiblissait ; sa langue commençait à présenter un peu de sécheresse, lorsque, à la suite d'un nouvel étourdissement sans perte de connaissance, elle éprouve, comme déjà cela lui était arrivé plusieurs fois, un engourdissement incommode des deux mains, mais surtout de la droite ; cet engourdissement se prolonge au-delà du temps ordinaire : vers onze heures du soir, la malade s'endort ; et deux heures après, en se réveillant, elle ne peut plus imprimer aucun mouvement aux membres thoracique et abdominal du côté droit.

Le lendemain matin, à la visite, l'hémiplégie droite est complète ; la sensibilité des membres paralysés n'est pas diminuée ; l'intelligence est conservée, et la malade rend compte de ce qui lui est arrivé depuis la veille. La langue n'est point déviée, non plus que les lèvres ; le pouls a un peu de fréquence, comme les jours précédens.

Les deux jours suivans, l'hémiplégie persiste, et aucun changement appréciable ne survient dans l'état de la malade.

Trois jours après l'apparition de l'hémiplégie, la parole se suspend tout à coup ; la malade ne donne plus aucun signe

d'intelligence; les quatre membres soulevés retombent comme des masses inertes; les paupières restent fermées; et lorsqu'on les soulève, les globes oculaires restent immobiles : deux heures après qu'a commencé cet état comateux, la respiration devient stertoreuse, et la mort ne tarde pas à survenir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Vaisseaux des membranes cérébrales gorgés de sang; teinte rosée très remarquable de la substance grise des circonvolutions; injection insolite de la substance médullaire des hémisphères cérébraux, aussi prononcée d'un côté que de l'autre; partout consistance normale du tissu nerveux; à peine une cuillerée à bouche de sérosité limpide dans chaque ventricule latéral; moelle épinière et ses enveloppes exemptes de toute lésion appréciable.

Thorax. Poumons fortement engoués; cœur sain, rempli de sang.

Abdomen. Il est occupé par une énorme tumeur qui dérobe aux yeux l'aspect de tous les autres viscères; c'est une hydropisie enkystée de l'ovaire droit. Cette tumeur est formée de deux parties; l'une supérieure, solide, qui, par sa situation, sa forme et ses rapports, en avait imposé pour une tumeur du foie; l'autre inférieure, plus molle, et qui donne au doigt qui la présente une sensation manifeste de fluctuation. Intérieurement, elle est constituée par un grand nombre de loges qui contiennent les liquides les plus variables. Dans l'une d'elles, on trouve un grand nombre de petits kystes séreux, à parois très vasculaires, plongés, sans aucune adhérence, au milieu d'une matière inorganique, qui est semblable à une forte solution d'amidon dans de l'eau.

Le foie est sain ; le tube digestif ne présente autre chose qu'une teinte légèrement ardoisée de la membrane muqueuse gastrique.

Voici encore une autre forme d'accidens cérébraux ; et, après la mort, toujours le même état des centres nerveux, toujours une congestion sanguine de ces centres, et rien de plus. Dans le cas actuel, la malade a été pendant plusieurs années dans l'imminence d'une attaque d'apoplexie ; puis à la suite d'un de ces étourdissemens auxquels elle était sujette, elle est restée frappée d'hémiplégie, et bientôt après elle a été entraînée au tombeau au milieu de la suspension complète des fonctions de la vie de relation. Il y a cette différence notable entre l'observation actuelle et la deuxième ; c'est que dans celle-ci, la perte de connaissance coïncida avec l'hémiplégie ; tandis que, dans le cas qui nous occupe maintenant, la paralysie précéda la perte de connaissance. Ainsi toutes les combinaisons de symptômes que produit l'hémorrhagie cérébrale peuvent coïncider avec une simple congestion sanguine de l'encéphale. Dans le cas que nous allons maintenant étudier, nous allons voir apparaître d'autres symptômes, qui ne sont plus ceux de la simple hémorrhagie, et que l'on regarde ordinairement comme plus particulièrement liés au ramollissement cérébral.

Nous ne terminerons pas ces réflexions, sans faire remarquer la singulière disposition de la tumeur formée par l'ovaire, qui simulait complètement le foie développé.

IVe OBSERVATION.

Phthisie pulmonaire. Tout à coup perte de connaissance avec contracture du membre thoracique gauche. Mort vingt-sept heures après l'apparition de ces accidens. Pas d'autre lésion dans les centres nerveux qu'une injection vive de leur substance.

Un cordonnier, âgé de 36 ans, était entré à l'hôpital de la Pitié avec tous les signes d'une phthisie pulmonaire déjà fort avancée. Pendant quelques jours il se plaint d'une assez vive douleur vers la tempe droite, et d'un léger engourdissement dans les membres gauches. Puis, vers onze heures du matin, au moment où il venait de quitter son lit, il tombe tout à coup sans connaissance. Porté dans son lit, il ne revient pas à lui, et le lendemain matin nous le trouvons dans l'état suivant :

Face assez vivement injectée; attitude d'un homme qui dort; interrogé, le malade ne répond pas, et il paraît entièrement étranger à tout ce qui se passe autour de lui. La commissure gauche des lèvres est légèrement tirée en haut; on ne peut pas voir la langue; les doigts de la main gauche sont fortement fléchis sur la paume de cette même main, et l'on ne peut pas la ramener dans l'extension. L'avant-bras gauche est également porté sur le bras, de manière à faire avec lui un angle fort aigu; le membre thoracique droit, soulevé, retombe comme une masse inerte : il en est de même des deux membres abdominaux; le pouls est petit, peu fréquent; la respiration est embarrassée. Deux heures après que nous avons quitté le malade, les deux membres thoraciques sont agités par des mouvemens convulsifs qui ne durent pas; et vers deux heures de l'après-midi, le malade succombe.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Rien de notable dans les méninges. Consistance normale du cerveau et de la moëlle épinière. Ventricules latéraux vides de sérosité. Pointillé rouge fort remarquable de la substance des deux hémisphères cérébraux.

Thorax. Excavations tuberculeuses dans les deux poumons. Cœur ferme, avec hypertrophie légère des parois du ventricule gauche. Sang noir, liquide dans ses cavités.

Abdomen. Teinte grisâtre de la surface interne de l'estomac; conservation de la consistance normale de sa membrane muqueuse. Nombreux tubercules dans l'intestin grêle; ils occupent presque exclusivement les plaques de Peyer tuméfiées. Quelques-unes de ces plaques sont ulcérées.

Foie et reins gorgés de sang. Rate volumineuse et dense.

N'est-ce pas par des symptômes semblabes à ceux qui furent observés chez ce malade que s'annonce bien souvent le ramollissement du cerveau? et, avant que la nécropsie n'eût été pratiquée, n'était-on pas en droit de croire à l'existence de ce ramollissement? Il n'y en avait cependant aucune trace, et malgré la différence de phénomènes des deux côtés du corps, une congestion sanguine, égale des deux côtés, fut tout ce qu'on découvrit. Pourquoi maintenant y eut-il contracture dans ce cas? Pourquoi manqua-t-elle dans les autres cas précédemment cités! l'anatomie ne nous le dit pas

N'est-ce pas d'ailleurs une chose digne de remarque que les quatre cas de congestion cérébrale que nous venons de citer soient relatifs à des individus qui étaient atteints d'affec-

tions chroniques, lorsque chez eux le cerveau vint à se congestionner? Chez trois d'entr'eux, l'hématose était depuis long-temps viciée; ils étaient maigres, anémiques, et semblaient être dans les conditions tout opposées à celles que l'on donne ordinairement comme favorisant les congestions cérébrales. Nouvel exemple à ajouter à ceux qui prouvent que la facilité avec laquelle se produisent les hypérémies locales n'est pas toujours en raison directe de l'état pléthorique du sujet. L'observation suivante va de nouveau confirmer cette assertion, puisque ce sera encore chez un phthisique que nous verrons survenir une congestion cérébrale, mais avec de tout autres symptômes. Ce seront ceux d'une fièvre dite ataxique.

Ve OBSERVATION.

Délire fébrile suivi de coma, survenu pendant le cours d'une phthisie pulmonaire. Pointillé rouge vif des hémisphères cérébraux.

Un garçon tailleur, âgé de 18 ans, entra le 16 juillet 1830 à la Maison royale de santé, dans un état complet de délire. Nous apprîmes de ceux qui l'amenaient que, malade depuis long-temps et ayant eu à plusieurs reprises d'abondantes hémoptysies, il avait été pris sans cause connue, dans la soirée du 14 juillet, d'un violent mal de tête qu'on prit d'abord pour une simple migraine. Toute la nuit ce mal de tête persista, et le lendemain matin 15 juillet, il se compliqua de vertiges et de bourdonnemens d'oreilles. Le malade voulut se lever; mais il se recoucha bientôt, à cause des étourdissemens très forts qu'il éprouvait, dès qu'il se tenait debout. Toute la journée, il resta alité se plaignant beaucoup de sa céphalalgie; le

soir il commença à délirer. On l'amena à la Maison de santé le 16 à huit heures du matin. Il était alors dans l'état suivant.

Face rouge; yeux injectés, continuellement en mouvement. Écume à la bouche. Délire complet. Singulière loquacité. Agitation perpétuelle des membres. Langue blanchâtre, humide, un peu rouge à la pointe. Ventre souple. Selles involontaires. Pouls très fréquent; peau chaude et moite (*saignée de seize onces; cataplasmes sinapisés aux jambes. Tisane d'orge*).

Aucun changement n'a lieu dans la journée. Le soir et une partie de la nuit, cris perçans.

Dans la matinée du 17 juillet, persistance du délire; face toujours très rouge. Mouvemens convulsifs des lèvres et des yeux. Soubresauts des tendons. Même état des fonctions de la vie nutritive. Nous faisons pratiquer une seconde saignée aussi abondante que la première. Au moment où le sang cesse de couler, il survient dans les membres des convulsions qui disparaissent au bout de quelques instans.

Le 18 juillet, à l'exaltation des jours précédens a succédé un grand abattement. Le malade, immobile dans son lit, est plongé dans un coma profond. Il ne semble ni voir, ni entendre. Les quatre membres sont dans un état complet de résolution. Les conjonctives sont très rouges. Le pouls a une fréquence extrême. Vingt sangsues sont appliquées au cou.

Dans la soirée, le malade sort tout à coup de son assoupissement, il jette des cris, et s'agite tellement qu'on est obligé de le fixer dans son lit par la camisole. Vers le milieu de la nuit, le coma reparaît, et dans la matinée du 19 juillet, nous le retrouvons dans le même état qu'à la visite de la veille. Seulement la décomposition des traits est plus considérable, et la prostration plus profonde; le pouls a aussi une fré-

quence beaucoup plus grande (*sinapismes aux extrémités inférieures*).

Le malade meurt la nuit suivante.

OUVERTURE DU CADAVRE

Le 21 juillet à sept heures du matin.

Crâne. Injection assez vive des vaisseaux des méninges. Teinte d'un rose vif des circonvolutions. Pointillé rouge intense de la substance médullaire des hémisphères. Partout consistance normale de l'encéphale : quelques gouttes seulement de sérosité limpide dans les ventricules.

Thorax. Tubercules à tous les degrés dans les deux poumons; vaste caverne au sommet de chacun d'eux. Cœur et vaisseaux à l'état normal.

Abdomen. Blancheur de la surface interne de l'estomac, excepté près du pylore où, dans l'étendue d'une pièce de 5 fr., existe un pointillé rouge assez vif. Partout consistance normale de sa membrane muqueuse; quelques tubercules dans l'intestin grêle; pâleur générale de sa membrane muqueuse, si ce n'est dans l'étendue de six pouces au-dessus du cœcum, où cette muqueuse est vivement injectée. Cette injection se retrouve dans le cœcum, et dans le colon ascendant, et dans l'*S* iliaque du colon. Rate de volume ordinaire, un peu molle. Rien de notable dans les autres organes.

Cette observation nous présente des symptômes tout différens de ceux que nous ont offerts les quatre précédentes. Ils sont semblables aux symptômes d'une méningite aiguë, ou à ceux que déterminent certaines gastro-entérites qui réagis-

sent sur les centres nerveux. Est-ce donc la congestion dont la nécroscopie nous a montré des traces dans le cerveau qui a été ici la cause réelle des accidens nerveux? Si ce n'est point elle, où est cette cause? Faudra-t-il la placer dans l'injection vive que nous offrit la fin de l'iléum et une partie du gros intestin : mais dans combien de cas n'avons-nous pas trouvé une injection semblable, sans rien d'analogue sous le rapport des symptômes? Que si nous admettons que toute maladie peut être expliquée par l'état des organes après la mort, nous rapporterons tout ici à la congestion cérébrale, soit primitive, soit consécutive à l'injection intestinale, que nous appellerons entéro-colite; et si l'on nous demande pourquoi de cinq cas où la lésion cérébrale est la même, il n'y en a pas deux qui se ressemblent sous le rapport des symptômes, nous ne pourrons résoudre cette grave objection qu'en admettant dans chacun de ces cas ce qu'on est convenu d'appeler une prédisposition, ou une idiosyncrasie. Il reste une autre manière d'interpréter les faits : elle consiste à admettre que cette congestion sanguine, qui se reproduit dans tous nos cas avec des désordres fonctionnels si variés, n'est elle-même qu'un effet, et qu'il ne nous est pas donné de saisir, avec nos moyens actuels d'investigation, la cause qui détermine cette congestion, en même temps qu'elle crée ces différens groupes de symptômes que nous a retracées chacune des cinq observations précédentes.

Section deuxième.

Résumé.

Les observations qu'on vient de lire nous ont montré les principales formes symptômatiques de l'hypérémie des hémisphères cérébraux. En rapprochant de ces cas peu nombreux terminés par la mort, beaucoup d'autres cas du même genre, recueillis par nous, qui se sont terminés par la guérison, nous serons conduits à établir que la congestion cérébrale peut se traduire à nous par l'une des huit formes suivantes :

La première forme est caractérisée surtout par des étourdissemens. Ils ont une intensité plus ou moins grande ; les malades peuvent avoir en même temps de la céphalalgie, des éblouissemens, des tintemens d'oreille, des aberrations passagères de la vue, un embarras momentané de la parole, des fourmillemens dans les membres, et quelquefois à la face. La figure est ordinairement colorée ; les yeux sont injectés ; le pouls est ordinairement peu fréquent et de force variable.

Cet état peut ne durer que quelques instans ou quelques heures ; mais il peut aussi se prolonger pendant plusieurs mois, persister même pendant plusieurs années. Chez certains individus, il ne se montre qu'une fois ; chez d'autres, il reparaît à des intervalles plus ou moins éloignés. Nous avons vu un homme, âgé de 59 ans, qui, depuis une trentaine d'an-

nées, n'avait pas passé un seul jour sans avoir à différens degrés l'un ou l'autre des symptômes signalés dans le précédent paragraphe. Un autre les avait éprouvés depuis l'âge de trente ans, jusqu'à celui de trente-quatre. Il en avait été ensuite complètement débarrassé jusqu'à l'âge de 48 ans, époque à laquelle il fut repris de violens étourdissemens. Nous avons recueilli l'observation de plusieurs individus chez lesquels, tous les ans, à peu près dans le même mois, ces étourdissemens reparaissaient. Chez quelques femmes ils se montrent, d'une manière régulière, au retour de chaque époque menstruelle.

Après que ces étourdissemens ont duré plus ou moins long-temps, il peut arriver qu'ils acquièrent tout à coup assez d'intensité pour qu'ils se transforment en une perte subite de connaissance; mais celle-ci peut également survenir, sans avoir été précédée d'étourdissemens. C'est cette perte instantanée de connaissance, avec ou sans étourdissemens antécédens, qui caractérise la seconde forme de congestion cérébrale. Dans cette forme, les malades tombent à terre, privés subitement de toute intelligence, de tout sentiment et de tout mouvement; mais si on soulève leurs membres, ils ne retombent pas de leur propre poids, et quelques-uns les soutiennent en l'air. Il n'y a donc pas, à proprement parler, de paralysie. Ils peuvent rester dans cet état depuis quelques minutes jusqu'à vingt-quatre ou trente heures; puis ils reviennent à eux, et se rétablissent promptement, sans conserver aucune lésion du mouvement ou du sentiment. D'autres, après être revenus à eux, conservent pendant quelques jours un peu de gêne dans l'accomplissement de quelques-unes des fonctions de la vie de relation. Ainsi leur parole est embarrassée, ou leurs divers mouvemens sont difficiles.

En même temps que les malades tombent sans connaissance, ils peuvent être frappés de paralysie, soit générale, soit bornée à un seul côté du corps. Voilà la troisième forme de congestion cérébrale. Mais presque en même temps que se dissipe la perte de connaissance, on voit aussi disparaître la paralysie, de telle sorte qu'on ne saurait admettre qu'il y eut dans ce cas hémorrhagie cérébrale. Les observations que nous avons citées démontrent d'ailleurs la possibilité de cette paralysie, sans qu'aucun épanchement de sang ait eu lieu dans le cerveau.

Au lieu d'une suspension générale ou partielle de la motilité, cette fonction peut s'accomplir d'une manière irrégulière, désordonnée, sans participation de la volonté. Alors, en même temps qu'il y a perte de connaissance, on observe, soit différens mouvemens convulsifs, soit la contraction permanente d'un certain nombre de muscles; tous ces accidens durent tout au plus quelques heures, puis ils disparaissent sans laisser aucune trace. C'est là ce qui constitue la quatrième forme de congestion cérébrale.

Dans une cinquième forme, il n'y a plus perte de connaissance : c'est une paralysie qui survient tout d'abord, tantôt limitée à quelques muscles de la face, tantôt étendue à tout un côté du corps. Cette paralysie disparaît très promptement, peu d'heures souvent après avoir pris naissance; et dès-lors il n'est pas présumable qu'elle soit liée à une hémorrhagie ou à un ramollissement. Notre obs. IV prouve d'ailleurs positivement le contraire. La marche de cette paralysie fut bien remarquable dans le fait suivant.

Un homme de moyen âge, travaillant aux carrières des environs de Paris, est pris tout à coup, au moment où il finissait de dîner, d'un engourdissement de la main droite;

une heure après, il ne peut plus imprimer le plus léger mouvement à tout le membre thoracique droit; il n'y ressent d'ailleurs aucune douleur : sa tête est exempte de souffrances. A cinq heures du soir, il ressent un fourmillement dans le pied droit; bientôt tout mouvement est également perdu dans le membre abdominal droit : il entre à l'hôpital Cochin. Le lendemain matin, à la visite, l'hémiplégie droite est complète; la sensibilité des membres paralysés est conservée; aucun mouvement ne peut être imprimé par le malade à la joue droite; et lorsqu'il parle, la commissure gauche des lèvres est entraînée en haut; la langue se tire droite; l'intelligence est intacte : le malade éprouve comme un engourdissement (c'est son expression) vers la région frontale : une saignée d'une livre est pratiquée. Dans la journée, le malade peut faire exécuter quelques mouvemens légers à ses membres droits. Le lendemain matin, il n'y a plus aucune trace de paralysie. Ce n'est point certainement ainsi que disparaissent les effets d'une hémorrhagie cérébrale, ou de toute lésion qui intéresse un peu profondément la pulpe nerveuse.

La sixième forme de congestion cérébrale est caractérisée par l'apparition subite de mouvemens convulsifs partiels ou généraux, sans perte antécédente de connaissance. Ces mouvemens se dissipent promptement, sans laisser de trace à leur suite. Ils peuvent aussi survenir, après que les individus ont éprouvé pendant plus ou moins long-temps des étourdissemens, et ceux-ci peuvent leur survivre.

Dans une septième forme, la congestion cérébrale ne produit plus de coma; elle n'exerce plus d'influence notable sur les mouvemens; c'est ici l'intelligence qui est spécialement troublée : on observe un délire violent accompagné d'un grand développement de forces musculaires. Le plus souvent,

quelque temps avant la mort, le délire est remplacé par un état comateux qui devient de plus en plus profond : cependant nous-même avons vu des cas dans lesquels, jusqu'au moment de la mort, les malades conservaient une agitation extrême, et ne cessaient de parler et de vociférer. Le cas le plus remarquable de ce genre que nous avons observé est celui d'un homme de moyen âge qui, depuis plusieurs heures, poussait sans relâche des cris assez forts pour que le repos de toute la salle en fût troublé. Tout à coup on ne l'entend plus ; on s'approche de son lit ; il était mort. La foudre ne l'aurait pas plus promptement frappé. A l'ouverture du corps, on ne trouva d'autre lésion qu'une injection très vive de la pulpe cérébrale.

Il nous reste à signaler la huitième forme de congestion cérébrale, c'est celle dont notre obs. v nous a montré un exemple. Dans cette forme on voit apparaître une fièvre continue au début, et pendant la durée de laquelle prédominent surtout les symptômes qui appartiennent à la première forme de congestion cérébrale dont nous avons parlé. Nous avons particulièrement observé cette forme chez de jeunes soldats qui remplirent momentanément nos salles de la Pitié, au commencement de l'été de 1831. A la suite de revues ou de pénibles exercices, plusieurs de ces militaires étaient pris de violens maux de tête, de vertiges, de tintemens d'oreille ; quelques-uns même tombaient tout à coup sans connaissance, et en revenant à eux, ils restaient avec les symptômes précités. Entrés dans nos salles, très peu de temps après l'invasion de leur maladie, ils se présentaient à nous dans l'état suivant : face rouge, yeux injectés et larmoyans ; tintemens d'oreilles, vertiges ; forts étourdissemens qui ne leur permettaient pas de se tenir debout, sans être menacés de tomber. Souvent des épistaxis ; accablement général ; tendance conti-

nuelle au sommeil; pouls fort et fréquent; peau chaude: d'ailleurs aucune altération appréciable du côté des voies digestives et respiratoires. Cet ensemble de symptômes durait de trois à douze jours; presque tous furent saignés; quelques-uns furent simplement soumis à l'usage des boissons délayantes. Peu à peu on voyait diminuer la fièvre, à mesure que disparaissaient les symptômes de congestion cérébrale. Sans doute il n'est pas démontré que toute la maladie ait été ici dans le cerveau; peut-être n'existait-il qu'une simple surexcitation générale à laquelle participait cet organe. Mais toujours est-il que les symptômes prédominans étaient ceux de la congestion cérébrale, qu'en soustrayant la fièvre, on n'aurait plus retrouvé que ces seuls symptômes, et que l'unique indication thérapeutique était de les combattre. Aucun de ces cas ne se termina d'ailleurs d'une manière fâcheuse: chez un seul malade, il y eut momentanément du délire; chez un autre, les étourdissemens furent pendant quelques jours tellement violens, que nous redoutâmes qu'ils ne se terminassent par une attaque d'apoplexie.

Abordons maintenant l'étude des causes sous l'influence desquelles se développent plus particulièrement les congestions cérébrales.

Les différens degrés de température de l'atmosphère exercent-ils une grande influence sur la production des hypérémies cérébrales? Voici, à cet égard, ce qu'a appris l'observation.

Examinons d'abord l'influence d'une température élevée; elle est représentée pour nous par la portion d'échelle thermométrique comprise entre 20° c. et 50° c. au-dessus de zéro. Car à une température plus haute que celle de 50°, il n'y a plus pour l'homme possibilité de poursuivre son existence au-delà d'un petit nombre de minutes.

De 50 à 40° c., l'homme résiste, ou meurt rapidement, avec tous les signes d'une congestion cérébrale.

De 40 à 35°, les mêmes phénomènes s'observent encore. L'on a eu occasion d'ouvrir les corps de quelques individus morts sous l'influence de cette température : on a trouvé chez eux tantôt une simple congestion cérébrale, tantôt des épanchemens de sang dans la masse encéphalique. Parmi les cas de ce genre que nous pourrions citer, nous en avons trouvé peu qui nous aient paru aussi dignes d'intérêt que les suivans (1).

Trois journaliers, occupés sur trois différens points à récolter du foin pendant des journées où, au soleil, le thermomètre de Réaumur marquait 40°, moururent subitement. Les circonstances qui ont accompagné ces trois décès n'ont pu être constatées que sur deux individus, car le troisième fut trouvé mort. Selon ce que disent les témoins oculaires, les deux premiers n'auraient quitté leur travail que cinq minutes avant leur décès ; ils auraient tourné circulairement, en mettant les mains en avant, comme s'ils eussent été privés de la vue, et auraient expiré au moment où ils auraient eu l'air de vouloir s'asseoir.

L'individu qui mourut le premier, c'est-à-dire le 6 juillet, était un homme d'un âge mûr ; mais la putréfaction fit des progrès si rapides, qu'il fut impossible de garder son cadavre jusqu'à l'époque où on devait l'examiner.

Le second individu mourut le lendemain 7 juillet ; c'était une femme de vingt-un ans. Son cadavre fut examiné le 8 au matin : il était robuste et fortement musclé ; toutes les articulations étaient complètement raides ; il y avait, sur le dos

(1) *Bibliothèque médicale*, tome 70, p. 250.

et sur la face, des taches livides, et déjà l'odeur de la putréfaction commençait à se manifester. Le bas-ventre était ballonné, lisse et sans taches. Suit une description circonstanciée de l'état des parties génitales, de laquelle il résulte qu'il existait une dégénérescence morbide de l'excrétion menstruelle. A l'examen du crâne, on trouva le cuir chevelu épais et fortement garni de cheveux; la boîte osseuse, au contraire, était extrêmement mince, mais suffisamment fournie de diploé. La dure-mère était régulière dans toutes ses parties, et l'on ne remarquait aucun épanchement entre elle et les os du crâne. On n'en trouva pas davantage sur et sous la pie-mère; mais les vaisseaux veineux et artériels de ces deux membranes étaient gorgés de sang. Le cerveau n'a offert aucune irrégularité; seulement sa substance était très molle. Les ventricules cérébraux contenaient un peu plus de sérosité que dans l'état de santé. Les poumons avaient contracté sur tous les points des adhérences avec la plèvre costale; mais ces adhérences n'avaient lieu que par des espèces de filamens, plutôt que par des membranes. Il n'existait, d'ailleurs, aucun signe d'inflammation des poumons ou de la plèvre, ni aucun épanchement. Les poumons étaient très volumineux, remplis d'air; les vaisseaux pulmonaires étaient gorgés de sang, et les bronches remplies d'une mucosité spumeuse. Le péricarde adhérait au cœur de la même manière que les poumons à la plèvre costale, c'est-à-dire par des filamens, et contenait une quantité notable de sérum. Le volume du cœur était naturel; le ventricule droit, un peu distendu, était rempli d'un sang liquide et noir; le ventricule gauche était contracté et vide. A l'ouverture du bas-ventre, il se répandit une odeur infecte; les intestins étaient remplis de gaz; leurs circonvolutions, logées dans le bassin,

présentaient des taches rouches. La portion intestinale qui avoisinait la vésicule du fiel était fortement teinte en jaune. La vésicule du fiel ne contenait qu'une petite quantité de bile naturelle. Tous les autres viscères étaient sains, à l'exception de ceux qui concourent à la génération. Le fond de la matrice offrait une rougeur intense; l'ovaire droit, avait contracté des adhérences avec la trompe de Fallope et le péritoine; ses vésicules étaient remplies d'un sang noir et coagulé; la cavité utérine contenait un peu de sang liquide. On l'enleva avec une éponge; mais il suffit de comprimer légèrement les parois de la matrice pour en voir reparaître une nouvelle quantité, par une infinité d'orifices vasculaires. On obtint, en outre, en comprimant le col et l'orifice utérin, une matière grasse, jaunâtre, en tout semblable à l'enduit dont étaient couverts le vagin et les grandes lèvres. Les diamètres de la cavité utérine étaient beaucoup plus considérables que dans l'état naturel, et la forme de l'utérus, loin d'être aplatie, présentait plutôt celle d'une poire. On trouva dans la cavité du bassin un épanchement d'environ deux onces de sang.

La troisième personne mourut subitement le 8 juillet. C'était une moissonneuse étrangère, âgée de quarante-huit à cinquante ans. On procéda le lendemain, à quatre heures du matin, à l'ouverture de son cadavre. Il était de stature moyenne, plutôt gras que maigre. Toutes les articulations étaient raides; le dos était parsemé de taches bleues; elles couvraient presque toute la face, qui, depuis le menton jusqu'au nez, était absolument livide; il en existait aussi plusieurs sur la poitrine, dont le diamètre variait depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une pièce de vingt sous. Ces taches avaient exactement l'aspect de pétéchies, et rendaient, par l'incision,

un sang liquide. Le cadavre était encore chaud ; mais déjà il exhalait une odeur fétide : le bas-ventre était ballonné ; les tégumens et les os du crâne n'ont rien offert d'extraordinaire ; leurs vaisseaux, ainsi que ceux du cerveau, contenaient un sang liquide, dont néanmoins la quantité n'était pas excessive. La substance cérébrale était singulièrement ramollie ; les ventricules latéraux contenaient un sérum sanguinolent. Les cartilages des côtes étaient ossifiés ; le poumon droit adhérait intimement à la plèvre costale ; le côté gauche était parfaitement libre. Le péricarde offrait une teinte rosée et légèrement inflammatoire à sa surface interne. Le ventricule droit du cœur renfermait un peu de sang noir et liquide ; le sang du ventricule gauche était rouge et écumant. La cavité abdominale contenait une pinte d'un épanchement séreux, dont l'odeur était putride. Le canal intestinal était fortement distendu par des gaz, et ses parties qui avoisinent la vésicule du fiel étaient teintes en jaune ; celle-ci était vide et flasque.

A mesure que la température s'abaisse, bien qu'elle doive encore être considérée comme très élevée, les accidens dont nous venons de parler deviennent plus rares : ils s'observent encore de 35 à 30° c. ; mais au-dessous de ce dernier degré, de 30 à 20° c. ; ce qui équivant à la température de 22 à 12° R. (température de nos saisons chaudes), la tendance aux congestions cérébrales disparaît ; et dans cette dernière limite, la fréquence de l'hypérémie des centres nerveux cesse d'être en raison directe de l'élévation de la température. Loin de là, l'observation prouve que dans les saisons froides de notre Europe tempérée, la fréquence des congestions cérébrales devient plus grande. C'est ainsi qu'en Hollande on a constaté

que, pendant une période de vingt années, l'hiver a été la saison où ces congestions ont été les plus nombreuses; après l'hiver, c'est l'automne qui en a fourni le plus de cas, puis le printemps, puis l'été (1).

Dans un climat bien différent de celui de la Hollande, à Turin, un relevé de vingt-cinq années a montré les saisons rangées dans l'ordre suivant, sous le rapport de la fréquence des congestions cérébrales : hiver, printemps, été, automne (2).

A Paris, les recherches statistiques de M. Falret l'ont conduit à établir que les congestions et les hémorrhagies cérébrales sont plus fréquentes en hiver qu'en été et au printemps.

A ces différens résultats, nous ajouterons celui que nous ont donné cent quatorze cas recueillis par nous, dans lesquels nous avons noté le mois de l'année où a eu lieu la congestion cérébrale.

Ces cas se sont présentés à notre observation :

Dans le mois de	janvier au nombre de	20
	février	15
	mars	7
	avril	17
	mai	7
	juin	4
	juillet	3
	août	19
	septembre	9
	octobre	5

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2, 234.

(2) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2, 234.

novembre	5
décembre	15

Ce qui donne :

Pour les mois de décembre, janvier, février	50 cas.
Pour les mois de juin, juillet, août	36
Pour les mois de mars, avril, mai	31
Pour les mois de septembre, octobre, novembre.	17

Enfin, dans vingt autres cas, avec indication de mois que nous avons recueillis dans différens auteurs, nous avons trouvé que les congestions cérébrales s'étaient réparties dans les mois suivans :

En février	6 cas.
En mars	4
En janvier	3
En septembre	2
En mai	1
En juin	1
En octobre	1
En novembre	1
En décembre	1

Dix de ces cas ont été cités par M. Rostan (1), quatre par M. Rochoux (2), un par M. Martinet (3), trois par M. Allègre (4), un par M. Pelletan fils (5), et un autre enfin a été

(1) *Traité du ramollissement du cerveau.*

(2) *Recherches sur l'hémorrhagie cérébrale.*

(3) *Revue médicale*, 1826, tome 4, p. 16.

(4) *Gazette médicale*, tome 3, n° 105.

(5) *Lancette française*, tome 7, n° 40 (Observation recueillie à la clinique de M. Bouillaud.)

publié dans le *Journal des progrès* sans nom d'auteur (1).

Les températures très basses, comme celle, par exemple, à laquelle fut soumise notre armée, lors de la retraite de Moscou, favorisent, aussi bien qu'une température très élevée, le développement des congestions cérébrales.

M. Larrey nous apprend que la plupart des personnes qui succombèrent dans cette retraite avaient d'abord des étourdissemens, des vertiges; puis ils tombaient dans un état de somnolence auquel succédait bientôt un coma profond, et enfin la mort (2).

Le passage subit d'un extrême de température à un autre extrême doit encore être placé au nombre des influences atmosphériques qui ont produit dans plus d'un cas des congestions cérébrales.

En résumé, ces congestions trouvent au moins une cause occasionelle de développement dans les deux extrêmes de température; et elles sont réduites à leur minimum de fréquence, par l'influence d'une température douce et uniforme.

Il y a en outre des temps où, tout à coup, sans cause connue, les hypérémies cérébrales, avec ou sans épanchement de sang, se montrent en plus grand nombre.

M. le docteur Leuret a publié quelques cas de ces hypérémies survenues à peu près en même temps à Charenton (3). Nous relaterons ici ces cas, qui sont pleins d'intérêt comme tout ce qui est sorti de la plume du médecin que nous venons de nommer.

---

(1) *Journal des progrès*, 2e série, tome 2, p. 248.

(2) Campagnes, tome 4, p. 127.

(3) *Journal des progrès*, 2e série, tome 2, p. 180.

Ire OBS. Un homme, âgé de 60 ans environ, grand, maigre, sujet à un flux hémorrhoïdaire, qui avait cessé depuis quelques mois, était porteur de deux hernies qui restaient maintenues par le moyen d'un bandage. Il avait ordinairement le sommeil très profond, et dormait quelquefois pendant la journée. Le 3 décembre, ne se sentant nullement incommodé, et quelques heures après avoir pris un léger repas, il se mit en route pour aller de Charenton à Paris. Vers le milieu du chemin, on le vit tomber : on accourut ; mais déjà il ne donnait plus aucun signe de vie. Sa figure était devenue rouge ; au bout d'un quart d'heure, elle s'était décolorée. Un examen attentif de l'extérieur du cadavre n'a fait découvrir qu'une légère écorchure au front et au nez. La face ne présentait rien de particulier ; le cou n'était pas gonflé ; la poitrine était bien sonore ; il n'y avait pas d'épanchement sensible dans l'abdomen ; les anneaux étaient très libres, et il ne s'était rien écoulé par les ouvertures naturelles. Les parens ont refusé de laisser faire la nécropsie, mais les antécédens, la promptitude de la mort, et l'examen extérieur du cadavre, ne permettent pas de méconnaître que le malade a été atteint d'une hémorrhagie ou d'une congestion cérébrale. Voici deux autres exemples de congestion survenue chez des aliénés le jour même de la mort du malade.

II. Un homme très robuste et d'une stature élevée, âgé de 45 ans environ, était atteint de démence et de paralysie générale. Pendant quelque temps il est assez calme ; mais tout à coup il devient violent, emporté, menace, frappe tout ce qu'il peut atteindre. Cet état dure treize jours, au bout desquels le malade devient pâle et tombe sans connaissance. On lui pratique des frictions qui paraissent le ranimer un moment ; mais il retombe aussitôt et meurt. A l'ouverture du ca-

davre, nous trouvons environ deux onces de sang liquide, épanché entre les deux feuillets de l'arachnoïde cérébrale. Cette membrane est injectée et un peu plus épaisse que dans l'état sain; on ne peut l'enlever sans déchirer la surface des circonvolutions cérébrales. En incisant le cerveau, nous voyons que la substance grise est imprégnée de sang; des gouttelettes rouges suintent en nappe, à la surface de chaque tranche que l'on coupe. Le même phénomène s'observe lorsqu'on entame la substance blanche, qui est toute saignante. On essuie la couche de liquide qui couvre la surface que l'on vient de mettre à découvert: cette couche se renouvelle aussitôt. Le cervelet, la protubérence annulaire, et la moelle alongée participent à cet état d'injection. Les poumons sont dans l'état sain. Le ventricule gauche du cœur contient beaucoup de sang liquide, le droit n'en contient que fort peu. La vésicule du fiel renferme un petit calcul noirâtre. La membrane villeuse de l'intestin grêle est généralement rouge; dans quelques points elle est recouverte d'une exhalation sanguine.

III. Un homme, âgé de 48 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, est issu d'une famille dans laquelle on compte plusieurs aliénés; il a eu pendant long-temps des hémorrhoïdes et des dartres, qui ont disparu tout à coup. Dans le courant de l'année 1821, il a été pris d'un accès de manie, avec fureur et prédominance d'idées de grandeur, de domination; il était continuellement agité. Cet accès a duré plusieurs mois, après lesquels le malade est devenu fort calme et ne conservant qu'un peu de loquacité. Son intelligence avait diminué bien sensiblement. Il s'occupait beaucoup de sa santé, racontait à tout le monde qu'il allait très bien à la selle; qu'il urinait parfaitement;

que de jour en jour ses cheveux se fortifiaient à l'aide de lotions faites avec la tisane pectorale, etc.; du reste, c'était l'homme le plus affectueux qu'il fût possible de rencontrer, il aimait tout le monde, et conservait pour son épouse une sorte de vénération.

Vers la fin de janvier 1823, il devint un peu triste, cessa de tutoyer, comme il le faisait toujours depuis sa maladie; son intelligence diminua encore, il ne voulut plus se promener. 31 janvier : langue un peu sèche, soif, ventre libre, pouls fréquent, aucune douleur (*tisane d'orge; lavement émollient; bouillon*). Le 1er février, quelques tintemens dans les oreilles. Le 4, les tintemens continuent, la face est animée (*douze sangsues derrière les oreilles*). Le 5, les tintemens ont cessé; il y a un peu de sensibilité à l'épigastre; le pouls est un peu élevé, fréquent. Le 6, les tintemens reparaissent; le pouls est vif et un peu fréquent; même état de l'épigastre (*saignée de deux palettes*). Le 7, aucun changement (*dix sangsues derrière les oreilles*). Le 8, un peu de mieux. Le 12, encore quelques tintemens; ouïe dure, un peu de fièvre; ventre tendu; un peu de toux, avec expectoration muqueuse. Les symptômes s'améliorent peu à peu, et le 13, le malade nous dit que ses cheveux commencent à se fortifier de nouveau; cependant, il ne tutoie encore personne. Il est dans cet état pendant un mois, puis il se plaint d'un malaise général, d'oppression, il ne veut plus marcher; son bras droit est agité de quelques mouvemens involontaires; tristesse profonde; appétit, ventre libre. 31 mars : le membre pelvien droit est agité de tremblemens, comme le bras; cependant, si on exige que le malade se promène, il marche sans trop de difficulté; pouls un peu élevé. 4 avril; un peu de mieux, qui dure seulement quelques jours,

après quoi la tristesse et la mauvaise humeur augmentent ; les selles sont rares. 12 mai : exaltation momentanée pendant la nuit. 2 juin : un peu de mieux ; intervalles lucides. 20 juin : le tremblement du côté droit persiste ; le malade devient plus irascible, il frappe sans motif ; le pouls est serré ; il y a peu d'appétit. Jusqu'au mois de septembre, le malade est toujours à peu près dans le même état ; mais à cette époque, il veut se promener, lire, écrire à son épouse ; il mange mieux et on s'aperçoit peu du tremblement de ses membres. Rien n'annonçait une fin prochaine, lorsque le 3 décembre au matin on trouva, en entrant dans la chambre du malade, son corps raide et encore habillé. Sa face était rouge ; du sang écumeux lui sortait par le nez. On s'est souvenu que la veille, après son dîner, où comme à l'ordinaire il avait mangé beaucoup, on l'avait entendu se plaindre de difficulté pour respirer ; il avait passé la soirée au salon, et n'en était sorti qu'à neuf heures et demie.

L'ouverture du cadavre est faite le lendemain. Beaucoup d'embonpoint ; muscles très forts ; face toute rouge, yeux fortement injectés et saillans. L'arachnoïde est un peu épaissie, rouge par plaques et par injection ; on ne peut l'enlever avec la pie-mère sans que la substance grise du cerveau ne lui reste adhérente : la rougeur est surtout marquée à la partie supérieure. La substance grise a presque une couleur rouge ; la blanche est très tenace et laisse suinter une grande quantité de gouttelettes de sang. Les couches optiques et les corps striés sont très injectés. Les ventricules contiennent un peu de sérosité. Le cervelet et la protubérance cérébrale sont aussi injectés que le cerveau. Le poumon droit est un peu adhérent à la plèvre costale ; le gauche est libre ; mais sa cavité contient environ quatre onces de sérosité rougeâtre :

tous deux sont crépitans. Le cœur est volumineux et chargé de graisse; ses cavités, surtout à gauche, sont très grandes. On trouve dans l'estomac des alimens à demi-digérés; la membrane interne de cet organe a une teinte rosée. L'intestin grêle contient une matière blanche, comme lactée; à la fin de l'iléum, cependant, cette matière est brune. Tous les tissus formant les parois de la poitrine, ceux du cou et de la tête, sont fort injectés et rouges; ceux de l'abdomen et des parties inférieures ont leur couleur ordinaire.

Le surlendemain de la mort de ces trois personnes, M. Leuret observa encore le fait suivant.

Un homme, infirmier, âgé d'environ 30 ans, fort adonné au vin, et ayant habituellement la face très rouge, éprouva trois ou quatre heures après le repas, des étourdissemens et de la difficulté à parler. Ces accidens ne durèrent que peu de minutes; mais un quart d'heure s'était à peine écoulé que le malade tomba tout à coup sans connaissance et sans mouvement. Arrivé près de lui trois minutes depuis sa chute, M. Leuret le trouva étendu par terre, immobile et privé de sentiment; la face était rouge, la pupille contractée, la bouche remplie d'une salive écumeuse; la respiration stertoreuse; le pouls plein, fréquent, élevé. On fit aussitôt une saignée de quatre palettes. Pendant que le sang coule, le malade reprend peu à peu connaissance; il veut se lever, mais ne peut articuler un seul mot. La face s'est décolorée progressivement; la respiration est devenue plus libre et le pouls plus faible. Le malade fait de vains efforts pour montrer sa langue. Je prescris un lavement purgatif, qui procure d'abondantes évacuations.

Trois heures après l'accident, la parole revient. Les jours suivans, il reste de la somnolence; le pouls est tendu, fré-

quent. On pratique encore trois saignées, et dans l'espace de huit jours le rétablissement est achevé.

Quelques jours avant son attaque, le malade avait été assoupi et très altéré.

Au moment où ces accidens avaient lieu à la maison royale de Charenton, M. Bleynier, médecin-adjoint de cet établissement, en vit un semblable dans le village de Maisons, situé à un quart de lieue de Charenton; et M. Leuret rencontra plusieurs personnes qui, sans être précisément malades, éprouvaient un peu d'embarras dans la tête et une soif plus ou moins vive.

Des causes particulières n'eussent pas suffi pour expliquer toutes ces morts subites et ces indispositions. M. Leuret en chercha de générales, et il n'en trouva pas d'autres qu'un vent violent du sud-ouest, qui régna pendant plusieurs jours.

A une époque, déjà bien éloignée de celle où nous observons, deux illustres médecins, Baglivi en 1694, et Lancisi en 1705, ont vu l'apoplexie devenir tout à coup tellement commune en certains lieux de l'Italie, qu'ils l'ont décrite comme ayant été dans ces années véritablement épidémique. Parmi les personnes qui en étaient atteintes, les unes présentaient les différens signes qui caractérisent la simple congestion cérébrale; les autres, et en grand nombre, avaient plus encore; car, après leur attaque, ils restaient hémiplégiques, ce qui doit faire présumer qu'ils avaient eu une hémorrhagie cérébrale; Baglivi remarque que cette épidémie d'apoplexies, qui frappa d'effroi la population, fut précédée de circonstances atmosphériques insolites: à un été brûlant avait succédé un hiver tellement rigoureux pour le pays de Rome, que toutes les campagnes étaient couvertes de neige, et ce rigoureux hiver fut suivi d'un été encore plus chaud que le

précédent, pendant lequel, dans l'espace de cinq mois, il ne tomba pas une goutte de pluie ; puis l'hiver suivant fut remarquable par des pluies continuelles.

Nous ne savons rien de positif touchant l'influence que la quantité plus ou moins grande d'électricité qui charge l'atmosphère peut exercer sur la production des congestions cérébrales. Voici toutefois un fait dont on peut se servir pour montrer que l'électricité, employée comme agent thérapeutique, peut au moins favoriser le développement de ces congestions.

Un homme, après avoir été long-temps sujet à de fréquens étourdissemens causés par des congestions cérébrales, et qui se dissipaient sous l'influence des saignées et des évacuations alvines, fut atteint d'une attaque d'apoplexie, avec hémiplégie ; perte de la parole ; grincement de dents ; respiration irrégulière, tantôt lente et tantôt fréquente ; pouls intermittent et quelquefois à peine perceptible ; toutefois sans aucun signe d'irritation gastro-intestinale. Des saignées répétées, des purgatifs dérivatifs, le ramenèrent à un état assez satisfaisant. Au bout de quelques mois tout symptôme encéphalique avait disparu ; le pouls était plus régulier ; l'usage de la parole était à peu près revenu, ainsi qu'une partie des mouvemens dans les membres affectés, lorsque le docteur Strambio voulut tenter l'électro-puncture pour ramener l'innervation dans le côté semi-paralysé. Le docteur Fantonelli exécuta cette opération ainsi qu'il suit : il introduisit une aiguille à la partie inférieure du cou, du côté opposé aux membres paralysés, puis une autre aiguille dans la malléole externe de la jambe malade ; un fil métallique communiquant avec les deux aiguilles, fut mis en contact avec une pile voltaïque de cinq disques seulement, de sorte que le pôle

négatif correspondait à l'aiguille de la partie malade : l'introduction des aiguilles ne fut point douloureuse ; mais à chaque coup de la pile, de fortes douleurs et des contractions violentes se manifestèrent dans les muscles les plus voisins des aiguilles, et surtout dans ceux de la partie malade. Après cinq ou six commotions électriques on fut obligé de s'arrêter, la douleur devenant intolérable : on répéta trois fois l'électro-puncture, à un jour d'intervalle. Après la première expérience le malade fut plus gai, et exécuta ses mouvemens plus librement ; à la seconde il éprouva quelque mal-être ; et à la troisième il fut atteint d'une fièvre violente, avec tous les indices d'une congestion cérébrale. Les saignées, les révulsifs parvinrent bientôt à calmer ces accidens ; mais tout revint dans le premier état. Aujourd'hui la parole est presque entièrement perdue, et les mouvemens de la jambe sont très faibles. On essaya aussi, mais vainement, et plutôt avec désavantage, l'arnica et le rhus radicans (1).

Des recherches plus positives que celles qui ont été faites jusqu'à présent sont nécessaires pour établir jnsqu'à quel point une alimentation habituellement substantielle ou excitante a une influence directe sur la production des congestions cérébrales. Pour que cette alimentation agisse dans ce sens, nous pensons qu'il faut au moins une disposition de la part de l'individu.

Les boissons alcooliques peuvent au contraire produire de toutes pièces la congestion cérébrale. Rien ne ressemble plus que l'ivresse à quelques-unes des formes de congestion cérébrale que nous avons décrites. Nous avons eu deux fois l'occasion d'ouvrir les cadavres d'individus qui, à la suite d'un

(1) *Giornale critico di medicina*, Milano, settembre, 1827.

excès des liqueurs fortes, étaient tombés *ivres morts*, suivant une expression consacrée par l'usage. Voici ce que nous avons trouvé :

Chez tous deux, la pie-mère qui recouvre la convexité des hémisphères cérébraux était très fortement injectée; la substance grise des circonvolutions participait à cette injection; toute la substance des hémisphères était parsemée d'un très grand nombre de points rouges; les ventricules contenaient une médiocre quantité de sérosité : le cervelet était aussi injecté, ainsi que ses membranes, mais pas plus que le cerveau. Nulle part la consistance de la pulpe nerveuse n'était modifiée. Nous ne trouvâmes ni dans les ventricules ni ailleurs l'odeur d'alcool qui fut reconnue à l'intérieur de ces ventricules chez un individu dont l'histoire se trouve consignée dans l'ouvrage du docteur Cook sur les maladies nerveuses (1). Dans ce cas, le cadavre fut ouvert immédiatement après la mort; on trouva dans les ventricules un liquide limpide qui avait le goût et l'odeur de l'alcool, et qui s'enflamma par l'approche d'un corps en combustion.

Chez l'un des sujets dont nous avons examiné le cadavre, la membrane muqueuse de l'estomac présentait dans plusieurs parties qui équivalaient à peu près au tiers de l'estomac un pointillé rouge vif; chez l'autre, la membrane muqueuse gastrique avait une couleur blanche; elle n'était ramollie ni dans l'un ni dans l'autre cas.

Les liqueurs alcooliques ne déterminent pas seulement une forte congestion cérébrale, elles ont quelquefois produit une hémorrhagie, soit autour du cerveau dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, soit dans la substance nerveuse elle-même.

(1) *Treatise on nervous diseases*, by John Cook, Boston, 1824, p. 104.

Ces faits prouvent indubitablement que les préparations alcooliques produisent l'ivresse en agissant directement sur le cerveau, et non pas par l'intermédiaire de l'estomac.

Voici, d'ailleurs, ce que nous avons observé sous le rapport des symptômes, dans un des deux cas que nous avons cités. (Le second.)

Un homme fut apporté à la Charité, une heure environ après avoir bu une quantité prodigieuse d'eau-de-vie et d'autres liqueurs fortes. Depuis une demi-heure, il était tombé dans un état comateux des plus profonds; la peau ne répondait à aucune excitation; la respiration était stertoreuse; les pupilles présentaient une dilatation énorme : le pouls était fréquent et plein. Cet état persista, sans présenter aucun changement, pendant vingt-quatre heures; puis il cessa, et fut tout à coup remplacé par un délire furieux; celui-ci dura quinze heures environ : au bout de ce temps, le coma revint; la respiration s'embarrassa de plus en plus, et le malade succomba. Nous avons vu plus haut quelles furent les lésions qui furent trouvées à l'ouverture du corps. Un traitement actif fut d'ailleurs mis en usage : en effet on saigna deux fois le malade; on lui appliqua trente sangsues au cou; on couvrit la tête de glace, et l'on entoura de sinapismes les extrémités inférieures.

Cet ensemble de symptômes, aussi bien que l'ouverture des corps, prouve suffisamment l'influence directe qu'exercent sur le cerveau les préparations alcooliques.

Un grand nombre de substances, rangées dans la classe des poisons narcotiques, ont pour effet commun de déterminer dans l'encéphale une congestion plus ou moins forte. Mais, certes, ce n'est point par cette seule congestion qu'on peut expliquer les phénomènes spéciaux que produit chacun

d'eux. Soit qu'un homme ait été empoisonné par l'alcool, par l'opium, par la bella-dona, par le tabac, par la digitale, par le camphre, par l'acide prussique, etc., on trouvera toujours dans le cerveau, examiné après la mort, une modification identique, qui ne variera qu'en intensité : ce sera toujours une hypérémie ; et cependant quoi de plus dissemblable que les désordres fonctionnels auxquels aura donné lieu l'ingestion de ces substances. Par-delà l'hypérémie, seul phénomène qui nous apparaisse après la mort, il y a donc dans le cerveau d'autres modifications produites qui se prouvent non plus par le scalpel, mais par la diversité même de la nature des accidens observés pendant la vie. Ce n'est donc pas la congestion cérébrale qui est la cause des accidens tout spéciaux que déterminent les différentes substances que nous venons de nommer ; cette congestion n'est qu'un des élémens de l'état morbide auquel elles donnent naissance, élément secondaire, dont l'intensité ne croît pas avec la gravité des symptômes, et qui peut même manquer, sans que ces derniers cessent d'exister. Est-il vrai que les symptômes spéciaux produits par chacune de ces substances peut s'expliquer par l'influence que chacune d'elles exerce sur une partie également spéciale de l'encéphale ? Est-il vrai, par exemple, que l'opium agit spécialement sur les hémisphères cérébraux, l'alcool sur le cervelet, la bella-dona sur les tubercules quadrijumeaux ? Ce n'est point ici le lieu de discuter la valeur des expériences physiologiques à l'aide desquelles on a cherché à prouver ces actions spéciales. Tout ce que nous devons dire, c'est que jusqu'à présent les observations faites sur l'homme n'ont pas suffisamment démontré ces résultats, bien qu'elles ne les aient pas non plus infirmés. Toutefois nous ferons remarquer que dans les deux cas d'empoisonnement par l'alcool

que nous avons cités plus haut, la congestion avait son siége dans les hémisphères cérébraux aussi bien que dans le cervelet, et que celui-ci n'était le siége d'aucune lésion spéciale, au moins de la nature de celles que nos moyens actuels d'investigation nous permettent de reconnaître.

Du reste, rien ne varie plus, comme chacun sait, que l'influence exercée sur l'encéphale par les diverses substances dont nous examinons ici l'action. Il y a à cet égard des susceptibilités individuelles dont chaque praticien possède des exemples ; en voici quelques-uns assez remarquables :

Une dame, âgé de 33 ans, prit, il y a quelque temps, par notre conseil, pour calmer un ténesme qui la tourmentait, un lavement fait avec une décoction de deux têtes de pavot dans deux verres d'eau. Une demi-heure après que ce lavement eut été pris, elle commença à éprouver des étourdissemens et des vertiges tels qu'elle n'osait faire un pas de crainte de tomber. A ces symptômes se joignirent bientôt des nausées, puis des vomissemens. Ces différens accidens durèrent une quinzaine d'heures ; ils se dissipèrent graduellement ; mais à leur suite il resta, pendant deux jours, un tremblement singulier des membres, qui disparut à son tour, et ne fut suivi d'aucun autre accident. Nous nous assurâmes bien que la décoction de pavot à la dose et sous la forme indiquée, avait été le seul médicament qu'on eût administré.

Nous avons vu un demi-grain d'extrait de bella-dona produire une cécité presque complète chez une jeune femme atteinte d'une phthisie pulmonaire encore peu avancée.

Une jeune fille hystérique, tourmentée de douleurs violentes à la région du cœur, douleurs dont la nature nous paraissait névralgique, appliqua, par notre conseil, sur cette région, une compresse trempée dans une dissolution de douze

grains de cyanure de potassium dans six onces d'eau distillée. L'application de cette compresse devait être continuelle, et renouvelée chaque fois qu'elle commençait à se sécher. A peine deux heures s'étaient-elles écoulées depuis l'instant où l'application des compresses avait été commencée, que cette jeune personne commença à éprouver un sentiment d'angoisse inexprimable; elle ne pouvait plus respirer; elle sentait à l'épigastre un poids qui l'étouffait; elle avait des vertiges; bientôt quelques vomissemens survinrent, et de petits mouvemens convulsifs apparurent dans les muscles de la face : ces phénomènes se dissipèrent au bout de quelques heures. Nous avons fait maintes fois des applications extérieures de cyanure de potassium, sans que nous ayons observé rien de semblable.

Cette même jeune fille fut prise de vomissemens qui durèrent, presque sans interruption, pendant quinze à dix-huit heures, après avoir avalé, à une heure d'intervalle, deux pilules composées chacune de deux grains de thridace et d'un huitième de grain d'acétate de morphine.

Après avoir étudié quelques-unes des circonstances extérieures qui, par les modifications qu'elles impriment à l'économie peuvent favoriser le développement de l'hypérémie cérébrale, reportons notre attention sur cette économie elle-même, et recherchons si elle ne nous présentera pas certaines conditions qui pourront aussi avoir leur part dans la production des congestions encéphaliques.

Parmi ces conditions, nous trouvons d'abord quelques états du cerveau lui-même. Ainsi l'exercice forcé de l'intelligence est une cause non douteuse de congestion cérébrale. Nous avons connu un jeune homme, âgé de 27 ans, qui, après s'être livré sans relâche pendant un mois à un travail

intellectuel fort pénible, tomba tout à coup sans connaissance et sans mouvement; on le crut frappé d'une violente attaque d'apoplexie; il fut immédiatement saigné : au bout d'une heure il reprit l'usage de ses sens; il n'était pas paralysé; mais les membres, à droite et à gauche, étaient comme engourdis; il balbutiait, ne retrouvait que péniblement le fil de ses idées, et regardait d'un air étonné, comme stupide, ceux qui l'entouraient : ces accidens durèrent quarante-huit heures, en allant progressivement en diminuant; puis ils disparurent. Il resta cependant un certain vague dans les idées, qui ne se dissipa qu'après que ce jeune homme eut été passer quelque temps à la campagne. Quelques heures après la saignée, trente sangsues avaient été appliquées au cou.

Nous avons vu un autre individu également jeune qui, chaque fois qu'il se livrait un peu assidûment au travail, était pris de céphalalgie, de vertiges, et en même temps d'un mouvement fébrile très prononcé; il offrait pendant trois ou quatre jours l'ensemble des symptômes qui caractérisent la *fièvre inflammatoire*, avec prédominance d'hypérémie vers le cerveau; la face était rouge, les yeux injectés; les artères temporales battaient avec force; des étourdissemens continuels avaient lieu, au point que le malade craignait de faire un mouvement hors de son lit, de peur de tomber; les deux mains, mais surtout la gauche, étaient le siége de picotemens pénibles; les pieds restaient glacés, quelque effort qu'on fît pour les réchauffer. Ces divers accidens se reproduisirent à trois reprises, et toujours sous l'influence de la cause indiquée ci-dessus : chaque fois on leur opposa une forte saignée du bras, l'emploi des boissons tempérantes, et la diète. Nous conseillâmes au malade de suspendre pour long-temps tout travail intellectuel, et d'aller

habiter la campagne. Les accidens ne se sont plus reproduits.

Les fortes émotions ont produit plus d'une fois des congestions cérébrales, dont quelques-unes ont été mortelles. Le docteur Ozanam en a cité un exemple assez remarquable; il rapporte qu'un vieillard ayant appris, pendant qu'il était à table, la nouvelle du débarquement de Bonaparte sur le territoire français en 1815, s'écria en se levant avec vivacité :

Le voilà donc connu ce secret plein d'horreur!

Puis il retomba aussitôt sur son fauteuil dans *un état apoplectique*. Les secours furent administrés sur-le-champ; mais ils furent inutiles, et dix heures après ce vieillard cessa d'exister.

Quelques maladies du cerveau ont aussi pour effet de déterminer dans cet organe une congestion, qu'on a prise à tort pour la cause même de la maladie : il en est ainsi de l'épilepsite; mais bien que ne causant pas l'accès lui-même, la congestion qui l'accompagne ou qui lui succède devient elle-même à son tour la cause de certains accidens. C'est d'elle que nous semblent dépendre les phénomènes cérébraux que l'on remarque souvent, après que l'accès est terminé, comme certains troubles de l'intelligence, ou bien un état comateux qui persiste plus ou moins long-temps, ou bien encore certains désordres du mouvement, comme la paralysie, ou une contracture momentanée. La congestion qui se fait dans le cerveau des épileptiques, pendant leur accès, laisse d'ailleurs des traces sur la figure. Ainsi plusieurs épileptiques présentent, pendant les deux ou trois jours qui suivent chacun

(1) *Histoire des maladies épidémiques;* tome 3, p. 161.

de leurs accès, de petites ecchymoses sur la peau des joues et sur la conjonctive; nous en avons vu un chez lequel, à la suite de chaque accès, une large tache livide, semblable à celle que produit une contusion, couvrait le front et les paupières : cette tache diminuait graduellement, et il n'y en avait plus de trace au bout de six à sept jours.

Les produits accidentels développés dans le cerveau, les anciens foyers apoplectiques creusés dans cet organe, doivent encore être regardés comme autant d'épines qui de temps en temps appellent autour d'eux, comme autour d'un centre d'irritation, une hypérémie variable en intensité et en étendue; par les retours plus ou moins fréquens de cette hypérémie s'expliquent certains accidens, intermittens comme leur cause, qui apparaissent par intervalles chez des individus atteints d'une ancienne affection cérébrale, accidens dont on triomphe le plus ordinairement par des émissions sanguines. Ainsi peuvent s'expliquer en particulier les convulsions intermittentes que présentent plusieurs enfans, dans le cerveau desquels existent des tubercules; souvent il arrive qu'une fois que les convulsions ont cessé, il ne reste plus aucun accident cérébral qui révèle l'existence du produit accidentel. C'est là un exemple remarquable de phénomènes intermittens produits par une lésion constante.

L'influence exercée par les différens organes sains ou malades sur la production ou sur le retour des congestions cérébrales mérite d'être étudiée.

Nul doute, par exemple, que chez les individus prédisposés, le travail de la digestion ne favorise le retour de ces congestions; à un faible degré de celles-ci doit se rapporter l'assoupissement que présentent un certain nombre d'invidus après leurs repas.

Quant aux maladies de l'estomac, elles ont dans certains cas une influence manifeste sur le développement des congestion cérébrales. Ainsi, à tous les âges, et surtout dans l'enfance, la gastro-entérite aiguë peut être accompagnée d'accidens qui annoncent l'existence d'une hypérémie encéphalique. Il en est de même, bien que plus rarement, de la gastro-entérite chronique. Nous donnons nos soins à une dame, atteinte d'une irritation chronique de l'estomac, chez laquelle la souffrance que détermine l'ingestion dans cet organe d'une trop grande quantité d'alimens se révèle surtout par des signes de congestion cérébrale : ainsi elle éprouve alors de fortes bouffées de chaleur au visage; elle a une céphalalgie intense, des étourdissemens assez forts pour rendre sa marche chancelante, des vertiges, des tintemens d'oreille; le bras droit s'engourdit d'une manière notable; la malade ne peut plus le soulever qu'avec peine; il lui semble, suivant son expression, qu'un poids de cinquante livres est attaché au bout de ses doigts : quelquefois même il lui arrive d'éprouver, pendant plusieurs heures, une grande diminution dans sa mémoire. Du côté de l'estomac, l'excitation produite par la trop grande quantité d'alimens ingérés n'est annoncée par aucun autre accident, que par une soif inextinguible. Jamais cette dame n'a présenté les symptômes cérébraux que nous venons de relater, qu'à l'occasion d'un excès dans son alimentation.

L'appareil circulatoire peut encore, par ses états divers, produire différens degrés de congestion cérébrale.

D'abord on ne saurait douter que les degrés variables de force avec laquelle le cœur pousse le sang vers le cerveau, n'ait une influence réelle sur la formation de l'hypérémie encéphalique. En voici une preuve bien manifeste : nous avons

vu souvent des individus chez lesquels l'augmentation de violence des palpitations dont ils étaient habituellement atteints, s'accompagnait constamment de vertiges, d'étourdissemens, de tintemens d'oreille; quelques-uns éprouvaient aux extrémités des doigts une sensation d'engourdissement très prononcée : ces accidens cessaient dès que les palpitations redevenaient moins fortes. D'autres, qui n'avaient point habituellement de palpitations, étaient pris constamment de forts battemens de cœur, au moment où apparaissaient chez eux les signes de congestion cérébrale; l'un de ces malades nous disait qu'à l'instant où il commençait à avoir la conscience des battemens de son cœur, il sentait ces battemens se répéter dans sa tête.

L'augmentation de la force d'impulsion du cœur, soit toute nerveuse, soit due à une hypertrophie de cet organe, a donc une influence réelle sur la production des congestions cérébrales; les faits précédens ne permettent guère d'en douter. Mais il faudrait se garder de croire que tous les individus qui ont des palpitations ont pour cela une congestion cérébrale; nous avons interrogé sous ce rapport beaucoup d'individus atteints d'affection organique du cœur, et beaucoup d'entre eux nous ont répondu que, même dans les instans où ils étaient tourmentés de palpitations violentes, ils n'avaient ni étourdissemens, ni vertiges, ni aucun autre signe d'hypérémie encéphalique. D'un autre côté, parmi les individus chez lesquels existe une tendance à cette hypérémie, il en est un grand nombre qui n'ont jamais eu de palpitations, et dont le cœur ne paraît en aucune façon malade. Dans les cinq cas de congestion cérébrale terminée par la mort que nous avons rapportés, il n'y en avait que deux dans lesquels le cœur ne fût plus à l'état normal. Les autres observations de congestion

cérébrale, également terminée par la mort, publiées par divers auteurs, nous donnent des résultats à peu près analogues.

On a dit qu'un obstacle apporté au cours du sang artériel au-dessous de la crosse de l'aorte devait produire le même effet qu'une hypertrophie du ventricule gauche du cœur, et favoriser, comme cette hypertrophie, la production des hypérémies encéphaliques. On a même publié une observation dans laquelle on a cru pouvoir rapporter l'attaque d'apoplexie à une tumeur qui comprimait l'aorte un peu au-dessous de son passage à travers le diaphragme. Si une pareille cause était réelle, elle devrait certainement avoir son maximum d'influence dans les cas où, immédiatement au-dessous de sa crosse, l'aorte se trouve considérablement rétrécie, ou même oblitérée; or, dans les cas de ce genre qui ont été cités, il n'est question, ni de congestion, ni d'hémorrhagie cérébrale (1).

Lorsqu'un obstacle quelconque s'oppose à ce que le sang revienne librement du cerveau vers le cœur, en résulte-t-il une tendance à la congestion cérébrale? On ne peut guère en douter, pour peu qu'on se rappelle ce qu'éprouve vers le cerveau un individu dont le cou est fortement serré; il y a long-temps, d'ailleurs, qu'on a remarqué qu'un des effets de la mort par strangulation était la production d'une congestion cérébrale. Des recherches récentes ont en outre démontré que l'oblitération plus ou moins ancienne de quelques-uns des sinus de la dure-mère avait au moins plus d'une fois coïncidé avec la formation de congestions et même d'hémorrhagies cérébrales. Cette coïncidence est bien marquée dans

(1) Reynaud, *Journal hebdomadaire.*

quelques cas publiés par M. le docteur Tonnellé dans son intéressant mémoire sur les maladies des sinus de la dure-mère (1).

Est-ce aussi d'une congestion cérébrale que dépendaient les singuliers accidens mentionnés dans le cas suivant dont on doit la connaissance à M. le docteur Gintrac, praticien distingué de Bordeaux (2)?

Un enfant de quatre ans, dit ce médecin, était sujet depuis les premiers temps de sa vie à une affection qui consistait dans une suspension momentanée de la motilité volontaire. L'attaque se manifestait d'une manière inopinée; si l'enfant était debout, ses membres inférieurs se fléchissaient, le tronc se renversait, et la chute avait lieu. Au lit, l'attaque ne s'annonçait que par le relâchement complet dans lequel était jeté l'appareil locomoteur. Pendant l'attaque, la sensibilité était diminuée; les sens étaient un peu émoussés; les yeux restaient ouverts et immobiles; l'ouïe se conservait; les facultés intellectuelles persistaient; mais le petit malade était dans l'impossibilité d'articuler aucune syllabe.

Cet enfant mourut d'une pneumonie survenue pendant le cours d'une rougeole.

A l'ouverture du corps, M. Gintrac trouva le sinus longitudinal supérieur transformé en un cordon dur, auquel se rendaient des veines remplies d'un sang coagulé. Les parois de ce sinus étaient épaisses, denses, et d'une couleur jaunâtre; elles résistaient à l'incision, et criaient sous le scalpel: un caillot solide remplissait ce sinus. On ne découvrit aucune autre altération.

---

(1) *Journal hebdomadaire*, avril 1830.

(2) *Recueil d'observations*, Bordeaux, 1830.

Une autre question peut encore être soulevée. L'augmentation de rapidité du cours du sang, telle que l'a produit la fièvre, doit-elle être placée au nombre des causes qui peuvent congestionner le cerveau? si, dans cet état de l'économie, plusieurs tissus rougissent sous nos yeux, ne peut-on pas penser que la même chose arrivera au cerveau? Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on ne saurait expliquer autrement la céphalalgie, les vertiges, les éblouissemens, etc. qui accompagnent tout accès de fièvre un peu fort. Chez les enfans, cet état morbide s'accompagne de somnolence; il est des adultes qui ne peuvent pas non plus avoir un peu fortement la fièvre, sans être assoupis d'une manière singulière, ou sans avoir du délire, qui se dissipe à mesure que la fièvre tombe. Remarquez encore ces pandiculations, cette extrême sensibilité à toutes les impressions extérieures, cette fatigue, ces douleurs contuses dans les membres, cet accablement général, qui accompagnent la fièvre, lorsqu'elle est très prononcée : ne sont-ce pas là tous les phénomènes qui accompagnent certaines formes ou certains degrés de congestion cérébrale? La réalité de celle-ci ne saurait être révoquée en doute en pareil cas : mais loin d'être la cause du mouvement fébrile, la congestion n'en est souvent qu'un effet.

La production des congestions cérébrales est aussi favorisée par l'inflammation des différens organes. L'hypérémie qui ne constitue pas l'inflammation, mais qui en est un des élémens, peut se répéter sur le cerveau (1), et cela s'observe, soit lorsque cette inflammation persiste encore dans toute sa force, soit lorsqu'elle a prématurément disparu. Comme

(1) Voyez sur ce point de doctrine notre *Précis d'Anatomie pathologique*, tome I.

exemple du premier cas, nous citerons l'érysipèle de la face ou du cuir chevelu, qui devient parfois mortel par les symptômes cérébraux qui viennent le compliquer, et pour l'explication desquels on ne trouve d'autre lésion, à l'autopsie, qu'une hypérémie plus ou moins forte de la masse encéphalique. Comme exemple du second cas, nous citerons ce qui arrive parfois aussi pendant le cours d'une rougeole ou d'une scarlatine. A peine chez certains enfans l'éruption s'est-elle montrée, qu'elle se flétrit, et en même temps la face et les yeux s'injectent fortement; les enfans se plaignent du mal de tête; ils sont accablés; tout mouvement leur est pénible; bientôt ils arrivent au coma, et l'augmentation graduelle ou brusque de celui-ci les entraîne au tombeau. Pour expliquer ces graves accidens, que trouve-t-on dans l'encéphale? Quelquefois une infiltration séro-purulente des méninges, ou une notable distension des ventricules par de la sérosité trouble ou limpide; mais le plus souvent rien autre chose qu'une simple hypérémie, qui dans plus d'un cas est elle-même bien peu prononcée.

Il est encore assez commun de voir apparaître des signes de congestion cérébrale pendant la durée du mouvement fébrile qui précède l'éruption de la variole, de la rougeole, ou de la scarlatine; pendant cette fièvre bien des enfans sont pris de convulsions, d'assoupissement, de délire; et ces accidens se dissipent dès que l'exanthème vient à se manifester.

Il est d'autres cas où la congestion cérébrale ne reconnaît plus pour cause ni un mouvement fébrile intense, ni une inflammation; mais où elle est liée à d'autres congestions qui se font tour à tour sur différens organes, et qui alternent l'une avec l'autre. Tantôt cette tendance de la part d'un grand

nombre de parties à l'hypérémie est en rapport avec l'état pléthorique général ; tantôt celui-ci n'existe pas, et l'on observe une succession de pléthores locales, que n'explique pas la constitution apparente de l'individu. Nous avons plus d'une fois rencontré des personnes chez lesquelles se montraient tour à tour des étourdissemens, de la dyspnée, des palpitations. Nous avons vu une femme qui nous présenta une bien autre succession d'hypérémies. Elle commença par garder pendant une quinzaine de jours une forte céphalalgie accompagnée d'éblouissemens continuels, de vertiges, de bruits incommodes dans les oreilles ; elle chancelait en marchant, comme si elle eût été ivre. Ces signes de congestion cérébrale disparurent, en même temps que survint une épistaxis très abondante, qui se renouvela plusieurs jours de suite. A peine ces épistaxis eurent-elles cessé que des douleurs commencèrent à se faire sentir vers les lombes ; les membres inférieurs s'engourdirent, et bientôt apparut une métrorrhagie qui persista pendant une trentaine d'heures ; la malade, âgée de 37 ans, n'avait pas eu ses règles depuis trois mois ; ce fut à peu près vers l'époque ordinaire de leur retour qu'eut lieu la métrorrhagie. A la suite de cet accident, il n'y eut plus pendant un mois d'apparence d'hypérémie vers aucun organe : au bout de ce temps les règles ne reparurent pas ; mais, sans toux, sans dyspnée antécédente, du sang fut craché en assez grande quantité pour remplir le quart d'un verre ordinaire. Après que cette hémoptysie eut cessé, des signes de congestion cérébrale reparurent, et ils persistèrent avec des degrés variables d'intensité, pendant une vingtaine de jours ; au bout de ce temps, nouvelle scène : les accidens cérébraux disparaissent ; mais la malade rend par les selles

du sang pur, et ce nouveau flux a lieu pendant une douzaine de jours : deux ou trois fois, dans chaque vingt-quatre heures, elle ressent une légère colique qui la sollicite d'aller à la selle ; et elle rend, chaque fois qu'elle s'y présente, la valeur d'un quart à une moitié de verre de sang ; il y a même des jours où la perte de sang est beaucoup plus considérable. Cette hémorrhagie intestinale dure encore, lorsque arrive l'époque des règles qui ne paraissent pas. A l'époque suivante elles se montrent, mais sous forme d'hémorrhagie assez abondante pour qu'une saignée soit jugée nécessaire. A dater de ce moment, la santé se rétablit ; les menstrues se régularisent ; seulement quelques jours avant qu'elles n'apparaissent, cette femme est prise de céphalalgie, de quelques vertiges ; elle a des bouffées de chaleur au visage, et elle est tourmentée de palpitations.

A ces faits en ajouterons-nous encore un autre que nous venons d'observer tout récemment, dans lequel nous verrons la cessation d'un crachement de sang être immédiatement suivie non plus des signes ordinaires de la congestion cérébrale, mais d'une perte subite de la vue.

Une femme, âgée de 45 ans, culottière, est entrée à l'hôpital de la Pitié le 12 juillet 1833. Réglée à 11 ans et demi, elle n'a cessé de l'être que depuis trois mois. A l'âge de 35 ans, cette femme, qui jusque-là n'avait éprouvé aucun accident du côté de la poitrine, qui jamais n'avait eu ni dyspnée, ni toux, fut prise tout à coup d'une hémoptysie des plus abondantes. Elle nous dit qu'elle commença par vomir le sang ; elle en rendit pendant trois jours plus d'un pot de nuit tout entier chaque vingt-quatre heures ; puis, les trois mois suivans, elle continua à en cracher : pendant tout ce temps elle toussa.

A peine le sang eut-il cessé de teindre ses crachats, qu'un jour en travaillant comme à son ordinaire, elle perdit tout à coup la vue, que jusque-là elle avait eue fort bonne. Cette cécité subite ne fut ni précédée ni accompagnée d'aucun autre accident cérébral. Pendant huit jours elle resta complètement aveugle; puis la vue revint aussi brusquement qu'elle s'était perdue; pendant ces huit jours une saignée avait été pratiquée, et des sangsues avaient été appliquées au cou. Depuis ce temps, cette femme est restée sujette à avoir de temps en temps des étourdissemens; elle ne tousse que très rarement; elle rentre à l'hôpital pour une affection de l'estomac. Depuis son hémoptysie, elle a conservé des palpitations; bien qu'elle assure qu'elle ne tousse pas, et qu'elle n'a pas d'oppression, les résultats combinés fournis par la percussion et l'auscultation nous font penser qu'il y a chez elle un emphysème pulmonaire.

A côté de ces cas dans lesquels, quelque intense que soit l'hypérémie, elle ne compromet cependant pas l'existence, citons-en un autre dans lequel la congestion, dont le cerveau fut d'abord le siége, se répéta sur le poumon, et devint immédiatement mortelle par l'hémorrhagie qu'elle y produisit.

Un homme de 50 ans environ, entra à la Maison royale de santé, avec tous les signes qui caractérisent une forte congestion cérébrale; une saignée ne les enlève pas. Tout à coup ce malade est pris d'une dyspnée extrême, qui va toujours en croissant, et amène la mort au bout de quatre heures.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes la masse cérébrale gorgée de sang; aucune autre lésion dans l'encéphale. Mais dans les deux poumons existaient des masses dures et noires qui présentaient tous les caractères de la lésion connue

sous le nom d'apoplexie pulmonaire. Les parois du cœur étaient hypertrophiées (1).

Dans ce qui précède, nous avons cherché et trouvé des causes de congestion cérébrale dans l'influence des forces, soit mécaniques, soit vitales, qui président à la circulation. Ces congestions sont-elles aussi influencées par les différens degrés d'activité de sanguification, ou, si vous voulez, par l'énergie plus ou moins grande de la force qui fait le sang? En d'autres termes, quelle est l'influence exercée, soit par un état de pléthore générale, soit par un état contraire, sur la production de l'hypérémie cérébrale? C'est ce que nous allons examiner.

Il est indubitable que chez beaucoup d'individus un état de pléthore générale coïncide avec l'apparition des symptômes qui signalent l'existence d'une congestion cérébrale; mais il s'en faut qu'il en soit ainsi dans tous les cas. Il y a même des individus chez lesquels survient cette congestion, alors qu'ils sont arrivés à un état remarquable d'anémie. Nous venons d'observer à la Pitié une femme atteinte d'un cancer de l'utérus, et profondément affaiblie par les métrorrhagies très abondantes qu'elle avait continuellement. Cependant cette femme vient de succomber aux suites d'une hémorrhagie cérébrale.

Nous terminerons ces études par quelques considérations sur la part que peut avoir l'action musculaire sur la production des congestions cérébrales. Nul doute qu'un exercice forcé, ou que les efforts violens n'y prédisposent.

---

(1) Ce cas n'est pas le seul où nous ayons constaté l'existence d'une apoplexie pulmonaire sans crachement de sang. Voyez sur ce point nos autres volumes.

Les vertiges auxquels donne lieu l'action de tourner ont été suivis, dans un cas que nous allons citer, des accidens que l'on explique ordinairement par une forte congestion cérébrale.

Dans le courant du mois de décembre, un étudiant en droit se trouvait dans un bal public, et valsait avec ardeur depuis quelque temps; tout à coup il tombe privé de sentiment et de mouvement. Des soins lui sont administrés; une saignée est pratiquée, mais c'est en vain; il est mort. Les renseignemens pris sur son compte ont appris que sa santé était excellente, et qu'il venait de faire un repas copieux.

Le cadavre fut ouvert trente-six heures après la mort. On trouva dans le crâne les vaisseaux des membranes gorgés de sang, et la substance cérébrale sablée dans toute son étendue. Les poumons étaient gorgés d'une énorme quantité de sang noir et visqueux. Le cœur, volumineux, ne présentait d'ailleurs aucune lésion; ses cavités droites étaient remplies de sang, les gauches étaient vides, ainsi que l'aorte. Dans l'abdomen il n'y avait autre chose de remarquable qu'une congestion veineuse très forte des parois intestinales, et un engorgement sanguin considérable du foie et de la rate (1).

Il ne nous paraît pas démontré, ainsi qu'on l'a souvent avancé, que les congestions cérébrales soient plus communes à un âge avancé. Nous en avons recueilli de nombreux exemples chez de jeunes sujets; on a eu tort de juger de leur fréquence aux différens âges d'après celle des hémorrhagies cérébrales, qui ne deviennent communes qu'à une époque assez avancée de la vie; il n'en est certainement pas de même de la simple hypérémie du cerveau. Les faits que nous avons cités le prouvent suffisamment.

(1) *Lancette française*, 1829, n° 80.

La durée des congestions cérébrales varie en raison de chacune de leurs formes, et, dans ces formes elles-mêmes, il y a encore sous ce rapport de très grandes différences. Tantôt la congestion revient sans cesse, et cela pendant plusieurs mois, et même pendant plusieurs années. Nous avons vu des individus qui, pendant presque toute leur vie, en avaient été tourmentés. Il n'est pas rare qu'elle se suspende pendant un temps plus ou moins long, et qu'elle revienne ensuite sous l'influence de causes appréciables ou non. Nous avons connu un homme qui, pendant plusieurs années, éprouvait à la fin de chaque hiver les symptômes d'une congestion cérébrale intense. Ces symptômes persistaient pendant une quinzaine de jours, puis ils disparaissaient pour se reproduire l'année suivante, à la même époque. Ce cas se rapproche d'un autre cité par Mead; cet auteur parle d'un homme qui, chaque année, dans les mois de mars et de septembre, *tombait en apoplexie*. Tout à coup cet individu perdait le mouvement et le sentiment; revenu à lui au bout de quelques instans, il présentait pendant une dizaine de minutes une impossibilité complète de parler, et un tremblement du bras droit; puis tout rentrait dans l'ordre.

Plusieurs auteurs ont parlé d'apoplexies intermittentes qui affectaient dans leur retour la même régularité que les fièvres de ce nom, et se présentaient avec les mêmes types. Nous avons observé, il y a quelques années, un cas fort remarquable de ce genre, que nous rapporterons ici.

Une femme, âgée de 63 ans, jouissait habituellement d'une assez bonne santé, lorsqu'un matin, en se levant, elle fut prise tout à coup d'un grand malaise, de vomissemens, et d'un violent mal de tête; un quart d'heure après que ces accidens avaient commencé, elle jette un cri aigu, et

tombe sans connaissance. Nous arrivons près de la malade une demi-heure environ, à dater de l'instant de sa chute; nous la trouvons plongée dans un carus profond; les yeux sont fermés; les pupilles larges et immobiles; lorsqu'on soulève les paupières, et qu'on touche du bout du doigt la conjonctive, on détermine à peine une légère contraction des paupières, et la malade ne fait aucun effort pour se soustraire à ce contact. La face est injectée; les commissures des lèvres ne sont point déviées; la langue ne peut être vue; les quatre membres sont dans un état de résolution complète, et la sensibilité de la peau qui les recouvre paraît abolie. Le pouls est développé et sans fréquence; le cœur bat avec force.

Cette femme nous paraît frappée d'une hémorrhagie cérébrale assez abondante pour intéresser les deux hémisphères; nous lui pratiquons sur-le-champ une saignée, et nous la faisons transporter à l'hôpital de la Charité, en portant sur son état un pronostic des plus graves.

Quel ne fut pas notre étonnement, lorsque le lendemain, à la visite, nous la trouvâmes assise sur son lit, ayant toute son intelligence, et jouissant de toute la liberté de ses mouvemens. Voici ce qui lui était arrivé. Après la saignée, aucune amélioration n'avait apparu; elle était restée plongée dans le coma jusque vers six heures du soir; alors elle était revenue à elle, et à huit heures, au dire de la sœur de la salle, elle ne semblait plus malade.

Nous pensâmes dès-lors que cette femme n'avait eu autre chose qu'une violente congestion cérébrale, ou ce qu'on appelle un *coup de sang*.

La journée se passa bien, et lorsque nous la revîmes le lendemain, elle nous demanda à quitter l'hôpital; mais avant de retourner chez elle, elle devait passer par de nouveaux

accidens. A peine l'avions-nous quittée (il était alors sept heures du matin), qu'elle est prise de vomissemens, comme l'avant-veille, puis elle perd brusquement tout sentiment et tout mouvement; et les mêmes symptômes observés chez elle avant son entrée à la Charité se reproduisent. Cette fois ils sont de plus longue durée; le soir ils durent encore; ils ne s'amendent point la nuit; et lorsque nous la revoyons, à sept heures du matin, elle est encore plongée dans le coma. Cependant une saignée a été pratiquée; des sangsues ont été appliquées au cou. Jusque vers une heure de l'après-midi, aucun changement ne survient; alors la malade ouvre les yeux, elle parle, elle a son intelligence, elle remue ses membres avec facilité, et pour la seconde fois elle est guérie. Elle quitte alors l'hôpital. Nous la revoyons chez elle : elle est bien; toutefois elle balbutie un peu, et il y a dans ses traits une légère stupeur. Nous ne pensons pas encore à une apoplexie intermittente, et aucune prescription particulière n'est faite. Le lendemain matin, retour des mêmes accidens. Ils persistent toute la journée avec une effrayante intensité, et durent trente-cinq heures; puis, comme les deux fois précédentes, la malade revient à elle, et recouvre la liberté de ses mouvemens. Mais son intelligence est obtuse, et elle ne parle que difficilement. Nous nous demandâmes alors si nous n'avions point affaire à une de ces maladies décrites sous le nom de *fièvres intermittentes larvées*. Dix à onze heures restaient encore jusqu'au moment où l'accès suivant devait reparaître : nous administrons sur-le-champ, par la bouche, vingt grains de sulfate de quinine; nous donnons la même dose de ce sel dans un demi-lavement d'eau amidonnée, et nous faisons placer sous chaque aisselle, et à chaque région inguinale, douze grains du même sel incorporés à du beurre

frais. Nous attendons avec anxiété pour la malade, et aussi avec un vif mouvement de curiosité scientifique, ce qui arrivera le lendemain matin. Vers six heures, aucun accident ne s'est encore montré; ainsi l'accès est au moins retardé, et c'est une raison de penser que s'il revient, il sera moins intense. Vers midi, la malade commence à éprouver du frisson, ce qu'elle n'avait pas eu les fois précédentes; un violent mal de tête survient sans vomissemens; bientôt quelques mouvemens convulsifs agitent les muscles de la face; l'intelligence se trouble, les mouvemens des membres ne sont point encore modifiés; le pouls est accéleré; ces phénomènes se succèdent dans l'espace d'une demi-heure; puis ils sont remplacés par un état comateux qui dure pendant deux heures environ, et se dissipe. La malade reste ensuite quelque temps comme engourdie; sa peau se couvre d'un peu de moiteur, et de nouveau elle paraît guérie. Du sulfate de quinine est immédiatement administré à la même dose et par les mêmes voies que la veille; il ne survient plus aucun accident.

Ce fait fournit un exemple bien remarquable d'une congestion cérébrale intermittente, dont les accès se reproduisent sous le type tierce, et dont le quinquina triomphe. Remarquez, en effet, que le troisième accès avait été beaucoup plus intense que les deux premiers; le sulfate de quinine est administré, et l'accès suivant est, d'une part, moins grave et moins long, et, d'autre part, il est notablement modifié dans la nature de ses symptômes; pour la première fois du frisson en marque le début, et pour la première fois aussi sa terminaison coïncide avec de la sueur. Ainsi, en devenant moins grave, l'accès se rapproche plus par ses symptômes des accès d'une fièvre intermittente ordinaire.

Nous avons eu occasion d'observer à la Maison royale de santé un autre cas de fièvre intermittente pernicieuse, dont le symptôme prédominant était un coma profond; l'individu qui en fut atteint était un homme encore jeune qui habitait l'une des rues adjacentes à celle du faubourg Saint-Denis; le quinquina, donné seulement entre le second et le troisième accès, n'empêcha pas le retour de celui-ci, pendant lequel le malade succomba. La fièvre avait présenté le type tierce. A l'ouverture du corps, nous ne trouvâmes d'autre lésion qu'une augmentation considérable du volume de la rate, et une hypérémie intense non seulement du cerveau, mais du poumon, du foie, et du tube digestif. La substance grise des circonvolutions nous frappa par sa couleur brune; cette couleur, qui nous parût être l'indice d'une très forte congestion des circonvolutions, a été notée par M. le docteur Bailly, dans les nombreuses autopsies qu'il a faites d'individus morts à Rome avec les symptômes de la fièvre intermittente pernicieuse comateuse (1).

Les observations du médecin que nous venons de nommer nous montrent dans ces fièvres plusieurs des formes de congestion cérébrale précédemment signalées par nous. Mais dans aucune nous ne trouvons la forme véritablement apoplectique, comme celle qui eut lieu chez la femme dont nous avons tout à l'heure rapporté l'histoire. Du reste, on peut voir dans les observations de M. Bailly que tantôt le coma survient dès le premier accès, et va en augmentant d'intensité dans les accès suivant, et que tantôt, au

(1) *Traité Anatomico-pathologique des fièvres intermittentes simples et pernicieuses*, observées à l'hôpital du Saint-Esprit de Rome, par E. M. Bailly.

contraire, ce n'est qu'au bout d'un certain nombre d'accès que la fièvre intermittente, bénigne jusqu'alors, revêt tout à coup un caractère pernicieux avec prédominance d'accidens encéphaliques. Quoi de plus intéressant, sous ce rapport, que le cas suivant cité par M. Bailly (1)?

Un homme âgé de trente ans, avait depuis quelque temps la fièvre tierce; il vint à l'hôpital le 2 juillet 1822.

Le 3, il eut un léger accès de fièvre; après cet accès, il prit deux onces de quinquina.

Le 4, vers midi, il se promenait dans la salle, se sentait très bien, et riait avec les autres malades. Tout à coup il fut pris d'un violent frisson auquel succéda une fièvre très forte, pendant laquelle il y eut contraction et flexion des avant-bras sur les bras, et coma profond; il mourut six heures après l'arrivée de cet accès.

La seule lésion que l'on trouva dans l'encéphale fut une injection très vive de l'arachnoïde, et une couleur beaucoup plus foncée que de coutume de la substance grise du cerveau.

Il ne faut pas croire, d'ailleurs, que dans tous les cas de ce genre la guérison ne peut jamais avoir lieu qu'à la condition que du quinquina sera administré. Ainsi, Frédéric Hoffmann a rapporté le cas remarquable d'un jeune homme de 26 ans qui eut six jours de suite, chaque matin, tous les symptômes qui caractérisent une attaque d'apoplexie. Le septième jour, ces symptômes ne revinrent pas, et ils ne reparurent plus, bien qu'on n'eût rien fait pour s'opposer à leur retour.

Quelles qu'aient été la forme et la marche de la congestion cérébrale, sa terminaison est loin d'être toujours la même. Elle peut conduire à la mort, soit seule, sans aucune

(1) Opér. cit., p. 155.

autre complication, soit après avoir produit dans le cerveau diverses lésions, et spécialement ou une hémorrhagie, ou un ramollissement. Plus bas, nous verrons, en effet, qu'elle est souvent le prodrome de l'une ou de l'autre de ces affections.

La congestion cérébrale se termine, le plus souvent, d'une manière favorable; mais on peut craindre ses retours, ou, pour l'avenir, une maladie plus grave. Il arrive quelquefois que certains phénomènes, qui sont spécialement des flux, coïncident avec sa disparition, et paraissent y contribuer. Nous avons vu une femme qui, pendant un mois environ, fut tourmentée de vertiges et autres accidens qui faisaient craindre chez elle une attaque d'apoplexie; des saignées répétées, un vésicatoire appliqué à la nuque, n'exercèrent sur ces accidens aucune influence remarquable. Enfin, sans cause connue, elle fut prise tout à coup d'un flux intestinal abondant; elle eut, en quarante-huit heures, une quinzaine de selles constituées surtout par de la bile; à la suite de cette évacuation, qu'accompagnèrent à peine quelques coliques, les accidens cérébraux disparurent.

Nous avons vu un autre homme, âgé de trente-six ans, qui, depuis cinq à six semaines, avait de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnemens d'oreille : en même temps, il éprouvait dans le côté gauche de la face, ainsi que dans les membres gauches, un fourmillement presque continuel; par intervalles, l'intelligence devenait obtuse, il balbutiait, il marchait en chancelant, et comme un homme ivre; par intervalles aussi, la bouche se déviait légèrement. D'abondantes saignées, des révulsifs divers portés soit sur la peau, soit sur le tube digestif, n'apportèrent point de soulagement. Enfin survint une épistaxis, pendant la durée de laquelle le malade perdit au moins deux livres de sang; à la suite de cette

hémorrhagie, il ne sentit plus rien du côté de la tête, et tout signe de congestion cérébrale disparut.

Lancisi a rapporté un cas semblable à celui que nous venons de citer; il parle d'un vieillard âgé de soixante-dix ans, qui, pendant un mois, présenta à un haut degré les divers symptômes d'une congestion cérébrale intense; au bout de ce temps, il eut une épistaxis qui lui fit perdre onze livres de sang, et dès lors il fut guéri.

A ces faits ajoutons encore le suivant, dont nous avons été témoin :

Une femme, âgée de trente-cinq ans, est atteinte, depuis quelque temps, d'un tic douloureux de la face; tout à coup les douleurs névralgiques se taisent, mais elles sont remplacées par une violente céphalalgie, et par des étourdissemens assez forts pour que la malade ne puisse plus se tenir debout; elle a en même temps des nausées très pénibles, et elle vomit deux fois une assez grande quantité de bile jaune. Ces accidens durent deux heures, puis l'on voit tout à coup s'écouler par les fosses nasales, non pas du sang, mais une telle quantité de liquide séreux, que plusieurs mouchoirs en sont rapidement mouillés. Cet écoulement dure quelques heures, et, lorsqu'il cesse, les accidens cérébraux ont disparu.

Il semblerait que la congestion cérébrale devrait être une des maladies contre lesquelles doivent réussir à coup sûr les émissions sanguines largement pratiquées. Il en est effectivement ainsi dans un assez grand nombre de cas : bien souvent nous avons vu disparaître tout à coup, à la suite d'une abondante saignée, la céphalalgie, les étourdissemens, les tintemens d'oreille, les engourdissemens des membres, etc. Mais

(1) Lancisi, *De mortibus subitaneis*, lib. II, cap. 5, 558.

plus d'une fois aussi vainement multiplie-t-on les pertes de sang : les signes de congestion ne s'évanouissent pas ; ou bien, s'ils diminuent ou disparaissent immédiatement après que la veine a été ouverte, ils ne tardent pas à se reproduire avec autant d'intensité qu'auparavant ; dans quelques cas même on les rend plus forts, à mesure que par des saignées répétées on affaiblit l'individu. Nous n'avons pas vu qu'en pareille circonstance la saignée du pied eût un avantage réel sur la saignée du bras : il nous a paru d'ailleurs que l'ouverture de la veine produisait généralement plus d'effet que des applications de sangsues au cou ou à l'anus.

Il est quelques cas rares dans lesquels non seulement aucun soulagement ne suit la saignée, mais où elle produit dans l'économie une perturbation telle que, sous son influence, les simples signes d'une congestion cérébrale se transforment en ceux d'une attaque d'apoplexie. C'est ce qu'on pourra voir dans le cas suivant :

Un menuisier, âgé de 74 ans, ayant assez d'embonpoint, le col court, les muscles développés, et présentant les signes d'une hypertrophie du ventricule gauche du cœur (pouls dur et vibrant, impulsion forte des battemens du cœur qu'on n'entend que dans une petite étendue), éprouvait depuis quelque temps des étourdissemens continuels, lorsqu'il entra à la Charité pendant le cours du mois de février 1821. Ses membres gauches lui semblaient pesans et engourdis ; une saignée du pied fut prescrite.

Pendant que le sang coulait, le malade perdit tout à coup connaissance ; ses membres gauches se raidirent pendant quelques secondes, puis ils tombèrent en résolution complète. En même temps la commissure gauche des lèvres se tira fortement en bas ; la bouche se remplit d'écume ; la respiration

devint stertoreuse. Au bout d'une heure seulement, la connaissance revint. Le lendemain matin, la bouche n'était plus déviée; les facultés intellectuelles avaient recouvré leur intégrité; mais les membres gauches étaient complètement paralysés. Pendant les douze jours suivans cette paralysie persista (*sangsues au cou; lavemens purgatifs; vésicatoire à la nuque*); puis elle se dissipa complètement, et le malade ne tarda pas à sortir, n'en présentant plus aucune trace.

Depuis un certain nombre d'années, ce n'est qu'avec une extrême réserve qu'on oppose les purgatifs aux congestions cérébrales; il arrive de là qu'on n'en retire aucun effet avantageux, en raison du peu d'énergie de ceux auxquels on a recours. Nous pouvons affirmer que c'est avec le plus grand avantage que nous avons essayé cette espèce de médication dans plus d'un cas de congestion cérébrale; mais les purgatifs que nous administrions avaient assez d'action pour produire de dix à douze ou quinze évacuations alvines en vingt-quatre heures. Des individus chez lesquels on avait employé sans succès les émissions sanguines, ont été ainsi guéris par les purgatifs. Au moment où nous écrivons ces lignes, est encore couché dans les salles de la Pitié un homme qui, depuis plusieurs années, est pris de temps en temps d'une violente céphalalgie, d'étourdissemens très forts, et de palpitations. Nous le fîmes d'abord saigner, ces accidens persistèrent; nous lui administrâmes deux gouttes d'huile de croton téglium qui procurèrent de très abondantes déjections alvines. Le lendemain il n'avait plus ni mal de tête, ni vertiges, ni palpitations. Pendant quelques jours, ces accidens ne se montrèrent pas, puis ils reparurent. Deux gouttes d'huile de croton furent de nouveau prescrites, et à la suite des évacuations copieuses qu'elles déterminèrent, les signes de con-

gestion cérébrale, ainsi que les palpitations, cessèrent aussi brusquement que la première fois. Une huitaine de jours se passa, sans que le malade ressentît rien; et puis la céphalalgie et les étourdissemens revinrent encore, sans être accompagnés de palpitations. Cette fois, ce fut le malade lui-même qui nous pria de lui prescrire de nouveau l'huile de croton. Nous accédâmes à sa demande, et elle eut le même succès que les deux autres fois. Cet individu n'a plus rien éprouvé depuis, et il se dispose à quitter l'hôpital parfaitement rétabli. Du reste, l'administration, à trois reprises différentes, de l'huile de croton tiglium, ne paraît avoir nullement fatigué son estomac ni ses intestins. Vingt-quatre heures après l'administration de ce médicament, la diarrhée qu'il avait créée cessait spontanément; le malade demandait à manger; le ventre ne présentait nulle part la moindre trace d'irritation.

Un autre malade, plus âgé que le précédent, entra à la Pitié à peu près en même temps que lui, avec de grands étourdissemens, une céphalalgie frontale fort pénible, un commencement de surdité, et un fourmillement très prononcé dans le membre thoracique droit, qui semblait en même temps au malade un peu plus lourd que l'autre. Il fut d'abord saigné; les symptômes persistèrent. Nous prescrivîmes vingt-quatre grains de calomélas à prendre en deux paquets dans la journée : dix selles eurent lieu; les symptômes cérébraux ne diminuèrent pas. Cependant, deux jours après que le calomélas eut été administré, la bouche se prit, et tous les signes d'une stomatite mercurielle apparurent; elle dura, sans être fort intense, pendant une douzaine de jours : pendant ce temps le malade eut chaque jour sept à huit selles; et après que la salivation eut cessé, il continua encore à avoir

du dévoiement pendant une quinzaine de jours; puis les selles revinrent à leur état naturel. Le troisième jour que la salivation fut établie, les signes de congestion cérébrale diminuèrent, et peu de jours avant la disparition définitive de la diarrhée, ils avaient cessé complètement. Ce cas diffère du précédent, en ce qu'ici ce ne fut pas le jour même où la diarrhée fut provoquée que cessa la congestion cérébrale; mais cette diarrhée continua long-temps, accompagnée, pendant une partie de son cours, d'une stomatite avec gonflement de gencives, formation de pseudo-membranes à l'intérieur des joues, et ptyalisme; et ce fut, pendant qu'existait ce double mouvement fluxionnaire vers la bouche et vers les intestins, que les fonctions cérébrales reprirent toute leur intégrité.

Du reste, on doit être d'autant plus porté à opposer à la congestion cérébrale un traitement révulsif, qu'on a vu plus d'une fois ses signes ne disparaître que lorsqu'un travail fluxionnaire venait à s'établir spontanément sur divers organes. Tout le monde sait que l'absence des règles chez les femmes est souvent accompagnée de signes de congestion sanguine vers le cerveau, qui ne cessent que lorsque les menstrues reparaissent. Plusieurs femmes éprouvent chaque mois, deux ou trois jours avant leur époque qui vient d'ailleurs fort régulièrement, des vertiges, des éblouissemens, des bouffées de chaleur au visage, etc., et souvent l'on observe en même temps une gêne de la respiration qui indique aussi une congestion du côté des voies respiratoires. La disparition d'hémorroïdes dans les deux sexes a parfois donné lieu aux mêmes accidens. Nous avons observé à la Pitié un homme de moyen âge qui, pendant quatre années consécutives, a été pris chaque été (vers le mois de juillet) de vio-

lens étourdissemens qui chaque fois ont cessé en même temps qu'a eu lieu un abondant écoulement de sang par le rectum. Ce sang était exhalé par la membrane muqueuse : il n'existait chez lui aucun vestige d'hémorroïde.

A ces faits nous en ajouterons un autre, observé par nous à la Charité, dans lequel des accidens cérébraux fort graves, qui duraient depuis plusieurs années, ont tout à coup disparu, en même temps que d'autres organes se sont affectés.

Une femme, âgée de 56 ans, entre à la Charité au commencement du mois de septembre 1828. Elle éprouve chaque jour, depuis quatorze ans, des accidens nerveux qui ressemblent à ceux par lesquels se caractérise une attaque d'épilepsie. Les premiers jours de son entrée, nous en constatons la réalité. Elle a par jour jusqu'à deux de ses attaques. Depuis plusieurs années, elle a eu aussi, à diverses reprises, des hématémèses, et des pertes utérines. Elle a, d'ailleurs, de l'embonpoint; ses forces sont en bon état; les fonctions digestives ne sont nullement altérées; le toucher ne fait reconnaître aucune lésion vers l'utérus. D'abondantes saignées ont été pratiquées, et n'ont pas exercé la moindre influence sur l'affection cérébrale. Une dizaine de jours après son entrée, cette femme est prise de vives douleurs à la plante des pieds; toute la peau devient bientôt le siége de picotemens pénibles; on ne peut méconnaître chez elle l'invasion de la maladie épidémique qui régnait alors à Paris. Mais, chose remarquable! en même temps que cette maladie se développe, les accès épileptiformes que nous avions vu chaque jour se renouveler depuis l'entrée de la malade, et qui, depuis quatorze ans avaient persisté sous cette forme quotidienne, ces accès disparaissent! Les symptômes de la maladie épidémique

persistent pendant les douze jours suivans; et pendant ce temps on n'observe pas la moindre trace de l'affection cérébrale. Alors commence une nouvelle série de phénomènes : ce sont des hémorrhagies qui se manifestent tour à tour sur diverses muqueuses; successivement, et à plusieurs reprises, le sang sort en abondance des fosses nasales, de l'estomac, des bronches, du vagin, du rectum. Du reste, les divers organes qui sont alternativement le siége de ces hémorrhagies, ne manifestent plus aucun trouble, dès que l'hémorrhagie les abandonne pour se porter ailleurs. Pendant qu'ont lieu ces divers flux de sang, les symptômes de la maladie épidémique s'amendent d'abord, puis disparaissent; les accès épileptiformes ne se reproduisent pas; les hémorrhagies cessent tour à tour, et cette femme quitte l'hôpital dans un très bon état de santé. Une aussi rapide succession d'accidens vers tant d'organes divers, n'est-elle pas bien remarquable; et n'y a-t-il pas de quoi s'étonner de voir aussi brusquement disparaître de graves accidens nerveux, dont la persistance, pendant de longues années, semblait annoncer qu'ils dépendaient d'une lésion profonde du cerveau ou de ses enveloppes?

Nous venons d'esquisser les principaux traits de l'histoire des congestions cérébrales; avant de passer outre, une grave question nous arrête, c'est celle-ci : Les symptômes qui caractérisent les diverses formes de congestions cérébrales sont-ils liés dans tous les cas à l'afflux d'une trop grande quantité de sang vers le cerveau? dépendent-ils uniquement de cette cause? ne se montrent-ils pas quelquefois comme l'effet d'un état tout opposé des centres nerveux, ou en d'autres termes, de leur anémie?

C'est une loi en pathologie que, dans tout organe, la diminution de la quantité de sang qu'il doit normalement contenir produit des désordres fonctionnels aussi bien que la présence d'une quantité de sang surabondante. Mais de plus, dans l'un et dans l'autre cas, ces désordres fonctionnels sont parfois exactement semblables. Qu'un sang pauvre ou trop rare vienne, par exemple, à traverser les cavités du cœur, il en résultera des palpitations, comme si trop de sang le distendait. La dyspnée survient également, soit que le poumon soit le siége d'une hypérémie plus ou moins considérable, soit que l'air, en pénétrant dans les vésicules pulmonaires, n'y trouve plus assez de sang à vivifier. La dyspnée reconnaît également pour causes, et une pâleur anormale de la membrane muqueuse de l'estomac, et une injection sanguine plus ou moins vive de cette même membrane : nous pourrions multiplier à l'infini de pareils exemples. Les centres nerveux nous en offriraient un grand nombre. Ainsi nous avons trouvé plus d'une fois le cerveau et ses membranes complètement exsangues chez des enfans morts au milieu de convulsions; nous avons vu aussi l'état comateux par lequel se terminent beaucoup de leurs maladies coïncider avec une pâleur remarquable des centres nerveux. Plusieurs fois aussi chez des adultes nous avons été frappés de la décoloration complète du cerveau, notable surtout dans sa substance grise, dans des cas où pendant la vie avaient eu lieu des accidens cérébraux, tels que délire, mouvemens convulsifs, coma. Ne sont-ce pas aussi des accidens de ce genre que présentent les animaux qu'on fait périr d'hémorrhagie?

Un ancien interne de l'Hôpital des Enfans, M. le docteur Papavoine, a également constaté que chez beaucoup de jeunes sujets qui succombaient promptement au milieu d'un violent

délire, on ne rencontrait d'autre lésion dans l'encéphale qu'une décoloration complète de la substance grise, qui se confondait avec la blanche (1).

Il s'est présenté assez souvent à notre observation des individus qui paraissaient être complètement anémiques ; leur face était d'une extrême pâleur, et toute leur peau présentait une couleur semblable à celle de la cire : ces individus ne pouvaient pas marcher, sans éprouver un essouflement des plus notables ; dans le repos même, ils avaient l'haleine courte. De fortes palpitations les tourmentaient ; ils digéraient péniblement ; quelques-uns rejetaient même le peu d'alimens qu'ils ingéraient dans leur estomac. En même temps ils avaient de la céphalalgie, des étourdissemens, des vertiges, des tintemens d'oreille ; quelques-uns éprouvaient même, soit par intervalle, soit continuellement, des engourdissemens dans les membres ; d'autres avaient devant les yeux un nuage plus ou moins épais ; ou bien ils étaient tourmentés par des hallucinations de la vue ou de l'ouïe. Ces individus avaient éprouvé pendant long-temps des hémorrhagies abondantes par diverses voies, soit par les fosses nasales, soit par le rectum, soit par l'utérus, et ils présentaient d'une manière habituelle les phénomènes qu'offrent momentanément plusieurs personnes à l'instant où ils viennent d'être saignées. Il faut admettre qu'en pareil cas le cerveau se trouble dans ses fonctions par ce qu'il n'est plus convenablement ou stimulé ou nourri par le sang trop pauvre ou trop rare que le cœur lui envoie. Dans ces circonstances, il suffit souvent qu'un certain temps se soit déjà écoulé depuis la cessation de l'hémorrhagie, pour qu'on voie se dissiper, à

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, décembre 1825.

mesure que le sang se reforme, les accidens que sa soustraction avait causés. Mais souvent aussi ils persistent; les digestions en particulier restent tellement laborieuses, que l'économie n'a pas le moyen de réparer ses pertes. C'est alors que nous avons plus d'une fois employé avec un inconstestable succès les préparations ferrugineuses, et spécialement le sous-carbornate de fer. Sous l'influence de cette médication, nous avons vu les digestions se rétablir, les palpitations cesser, la respiration recouvrer sa liberté, et en même temps les accidens cérébraux disparaître. Ainsi, en raison de la diversité de la cause qui les produit, les mêmes symptômes cèdent également, tantôt aux émissions sanguines, tantôt au fer introduit chaque jour dans l'estomac à la dose de dix à trente grains, et même plus.

Sans qu'il y ait eu aucune perte de sang, ce liquide peut être modifié de telle façon, qu'il en résulte la maladie connue sous le nom de *chlorose*; c'est d'un sang appauvri que les organes reçoivent leur excitation et leur aliment. Aussi se troublent-ils dans leurs fonctions, de la même manière que si une hémorrhagie avait eu lieu. Chez les jeunes filles chlorotiques, la digestion, la circulation, la respiration sont modifiées absolument comme chez les sujets qui ont été soumis à de grandes pertes de sang; chez elles aussi l'innervation traduit sa souffrance par des accidens de même nature, et le fer est encore dans ce cas un des meilleurs moyens à employer.

Que si maintenant nous sortons de la simple observation des faits, pour chercher à nous en rendre compte, nous arriverons bientôt à nous convaincre de l'insuffisance de la dichotomie brownienne pour expliquer les symptômes le plus souvent semblables qui surviennent par suite de l'hypérémie ou de l'anémie cérébrale. Ces symptômes n'indiquent néces-

sairement, ni un état d'hypersthénie, ni un état d'asthénie. Ils peuvent être dus à une simple perversion de l'influence cérébrale, perversion qui ne se rattache pas davantage à une vie en plus qu'à une vie en moins, et qui résulte de ce que le cerveau doit vivre d'une autre vie, par cela seul qu'il ne reçoit plus sa quantité normale de sang, et non pas seulement parce qu'alors il est moins excité.

Mais ce n'est pas tout : lorsque nous avons rapporté les symptômes à l'hypérémie dans un cas, à l'anémie dans un autre, avons-nous été au fond des choses? En aucune façon, car cette hypérémie et cette anémie sont elles-mêmes de simples effets, que souvent, chose remarquable, la même influence peut produire : ainsi, par une émotion vive, la peau de la face rougit chez l'un, et pâlit chez l'autre.

Dans les centres nerveux, comme ailleurs, avant la production de l'hypérémie ou de l'anémie, il faut concevoir une modification première de la force quelconque qui soumet à certaines règles la circulation cérébrale. Au milieu de ces nombreux courans, de ces oscillations de globules qui se passent au sein des trames organiques, combien de causes toujours présentes, et dont l'influence nous est entièrement inconnue, peuvent déranger un courant et modifier la distribution des globules! Ainsi doivent agir sur eux comme autant de forces, ou en d'autres termes, comme autant de causes de phénomènes, soit l'électricité, soit l'état hygrométrique, etc.

Lorsqu'on creuse ainsi le terrain sur lequel se débat la question, on arrive bientôt à concevoir que l'hypérémie et l'anémie, dans le cerveau, comme ailleurs, ne sont elles-mêmes que des phénomènes secondaires, que de simples effets. Mais ces effets, inconstans et variables, ne suivent pas

nécessairement l'action de la cause, ils peuvent manquer, et cependant les symptômes persisteront encore! Car ils dépendent moins de l'état même d'hypérémie ou d'anémie cérébrale, que de la modification organique qui les précède et qui les cause. Aussi nos ouvertures de cadavres nous montrent, pour expliquer des symptômes identiques, tantôt un état d'hypérémie, tantôt un état d'anémie, tantôt rien d'insolite dans la quantité de sang que contient le cerveau, et dans ce cerveau, d'ailleurs, aucune lésion appréciable par nos moyens actuels d'investigation; c'est que ces moyens ne nous montrent pas tout; c'est que par eux nous ne découvrons encore que des effets; c'est que la modification matérielle qui précède incontestablement ceux-ci, n'a pas besoin qu'ils se produisent, pour qu'il y ait trouble dans les fonctions de l'organe. Cependant, une fois produites, les lésions diverses que notre anatomie actuelle est apte à révéler, peuvent donner naissance à des accidens qui dépendent d'elles seules, et qui en fondent le diagnostic. Ainsi les désordres de mouvement, de sentiment, et d'intelligence qui accompagnent une hémorrhagie ou un ramollissement du cerveau, n'ont plus la même physionomie que dans le cas où ils sont liés à une simple hypérémie cérébrale, et que dans le cas où ils ne s'expliquent par aucune des lésions que notre scalpel peut nous révéler.

On comprend de quelle importance sont ces considérations pour la solution de plus d'un problême de thérapeutique. Ce n'est qu'en admettant, par exemple, que tout délire n'est pas le résultat d'une congestion cérébrale, qu'on peut concevoir les effets vraiment merveilleux que produit l'opium dans certains délires, qu'on a désignés sous le nom de délires nerveux, et auxquels sont spécialement sujets les individus qui

ont fait abus des liqueurs alcooliques. Voici à cet égard ce qui s'est passé récemment sous nos yeux.

Un homme, dans la force de l'âge, sujet à s'enivrer, entre à la Pitié avec un érysipèle à la face. Lorsque cette inflammation est sur le point de se terminer, le malade est pris tout à coup d'un délire furieux; on lui met des sangsues, on le saigne sans aucun succès. Je me décide à tenter l'usage de l'opium; je prescris quarante gouttes de laudanum de Rousseau dans une potion de cinq onces, et je recommande que cette potion soit donnée par cuillerée à bouche toutes les heures. Cette prescription est exécutée; cependant aucun amendement n'a lieu, et le lendemain matin le délire persiste dans toute son intensité. Je ne me décourage point, et je fais mettre dans la même quantité de liquide un gros de laudanum de Rousseau. Après l'avoir pris tout entier, le malade s'endort d'un sommeil profond et tranquille; et lorsqu'il se réveille, il a toute sa raison. Le jour même il commence à manger, et il sort de l'hôpital deux jours après, très bien portant.

ORDRE DEUXIÈME.

OBSERVATIONS SUR L'HEMORRHAGIE DES HEMISPHÈRES CEREBRAUX.

Les importans et nombreux travaux publiés depuis Wepfer jusqu'à nos jours sur l'hémorrhagie cérébrale, ont jeté un grand jour sur la plupart des points de l'histoire de cette maladie; cependant, à mesure que la science marche, elle remet souvent en question bien des opinions accréditées, et sans cesse elle a besoin que de nouveaux faits, recueillis en présence des controverses du jour, viennent les soumettre à leur contrôle. Tel a été notre but dans la publication des observations qu'on va lire, et dans le résumé qui les suit.

Parmi les cas que nous avons recueillis, nous avons cru devoir plus particulièrement faire connaître ceux dans lesquels l'hémorrhagie se trouve bornée à certaines portions exactement circonscrites des hémisphères cérébraux, en les opposant à ceux dans lesquels l'hémorrhagie a eu simultanément son siége dans plusieurs parties de ces hémisphères. C'est ce point de vue qui a déterminé l'ordre suivant lequel se trouvent rangées nos observations.

Section première.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

Ire OBSERVATION.

Foyers sanguins disséminés dans la substance des circonvolutions cérébrales. Perte subite de l'intelligence. Résolution générale des membres. Mort au milieu d'un état comateux 50 heures après les premiers accidens.

Un homme, âgé de 49 ans, fut apporté à la Maison royale de santé (en septembre 1830) dans l'état suivant : état comateux dont rien ne peut tirer le malade ; il ressemble à un homme plongé dans un profond sommeil ; les mouvemens inspiratoires se succèdent à de longs intervalles ; les quatre membres soulevés retombent comme des masses inertes ; en les pinçant fortement, on ne leur voit exécuter aucun mouvement, et l'expression de la face n'en est pas modifiée. Les lèvres ne sont pas déviées ; on ne peut pas voir la langue. Le pouls ne bat que 57 fois par minute. Tel était l'état de ce malade le matin à notre visite. On nous dit comme renseignemens que, sujet depuis quelque temps à quelque peu de désordre passager dans les idées, cet homme, qui avait fait abus des liqueurs alcooliques, avait eu de violens étourdissemens la veille du jour où nous le vîmes. Puis, vers deux heures de l'après-midi, il avait tout à coup perdu la faculté de parler, de voir et d'entendre ; et, à quatre heures, il était

tombé dans l'état qui vient d'être décrit. Tel fut le récit qui nous fut fait. Nous prescrivîmes une large saignée, des sinapismes aux jambes, et l'usage de boissons délayantes.

Le lendemain matin, même état, si ce n'est que les mouvemens inspiratoires, remarquables la veille par leur lenteur, s'étaient accélérés, sans que la fréquence du pouls se fût accrue. Trente sangsues furent appliquées au cou, et la tête fut couverte d'une vessie pleine de glace. Dans la journée, la respiration s'embarrassa de plus en plus, et le malade succomba à quatre heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Injection assez vive des vaisseaux des méninges. De chaque côté, sur la convexité des hémisphères, les circonvolutions offraient en cinq ou six points, dont chacun présentait le diamètre d'une pièce de dix sous, une sorte de fluctuation. A peine avait-on enlevé sur ces points fluctuans une à deux lignes de la substance cérébrale, qu'on trouvait, immédiatement au-dessous d'elle, du sang légèrement coagulé, contenu dans une petite cavité qu'aurait pu remplir une grosse noisette. Autour de cette cavité, dont les parois étaient colorées en jaune, le tissu cérébral présentait un pointillé rouge assez vif, mais sans aucun changement de consistance. Il y avait ainsi sept à huit petits foyers sanguins creusés dans les circonvolutions de la face supérieure de l'hémisphère droit, et à peu près autant à gauche. Nous ne trouvâmes aucune autre lésion dans le reste de l'encéphale.

Les organes du thorax et de l'abdomen ne nous présentèrent rien de remarquable, si ce n'est le cœur, dont les parois étaient notablement hypertrophiées.

Cette observation nous présente l'exemple fort rare d'un cas d'hémorrhagie des circonvolutions cérébrales, sans complication d'aucun autre épanchement de sang dans le reste de l'encéphale (1). L'individu qui en fut le sujet eut à peu près les mêmes symptômes que ceux qui sont ordinairement produits par une forte hémorrhagie accomplie au sein de l'un des hémisphères. Des étourdissemens précédèrent l'attaque d'apoplexie; celle-ci offrit d'abord, comme phénomènes prédominans, la suspension des sens et de la faculté de parler; puis il survint un état comateux au milieu duquel le malade succomba, cinquante heures seulement après l'apparition des premiers accidens. La respiration ne s'accéléra que dans les derniers temps, et le pouls resta sans fréquence jusqu'à la fin. L'absence de l'hémiplégie s'explique par la présence des foyers apoplectiques dans l'un et dans l'autre hémisphère. Nous n'oublierons pas de noter qu'autour de chacun de ces foyers il existait dans l'espace de quelques lignes une injection vive de la pulpe cérébrale. La nature du sang épanché attestait la date récente de l'hémorrhagie.

Ainsi une simple compression de la partie la plus superficielle de quelques circonvolutions cérébrales suffit pour anéantir l'intelligence, suspendre l'exercice des sens et de la parole, et produire un coma rapidement mortel.

Comme cause prédisposante de l'hémorrhagie cérébrale,

---

(1) Nous avons cité dans notre *Anatomie pathologique* (tome 2.) un autre cas d'hémorrhagie simple des circonvolutions, trouvé chez un individu mort rapidement à la suite d'une forte commotion cérébrale. Nous engageons le lecteur à rapprocher ces deux cas.

nous trouvons l'usage immodéré des boissons alcooliques. Le commencement d'altération des facultés intellectuelles qu'avait présenté ce malade avant son attaque n'est pas expliqué par l'état du cerveau.

La coïncidence de l'hypertrophie du cœur et de l'hémorrhagie cérébrale ne doit pas être oubliée.

IIe OBSERVATION.

Circonvolutions cérébrales transformées en un tissu comme érectile. Petits épanchemens sanguins dans ce tissu. Dilatation variqueuse des veines de la pie-mère. Perforation de l'une d'elles. Attaque d'apoplexie; mort au bout de 24 heures. Gangrène du poumon.

Une femme, âgée de 50 ans, entra à la Charité pendant le mois d'octobre 1820, dans un état de maigreur et de dépérissement dont la cause organique pouvait être difficilement appréciée. Cette femme ne toussait pas; elle n'accusait aucune dyspnée; cependant la pression faisait entendre un son mat au-dessous de la clavicule gauche, et le bruit respiratoire y était plus obscur que partout ailleurs. Aucune sueur n'avait lieu; le pouls était habituellement un peu fréquent. La langue était pâle et humide, l'appétit presque nul, le ventre souple et indolent dans tous ses points, les selles naturelles. Pendant trois semaines, nous vîmes cette femme dépérir de plus en plus, sans observer rien de nouveau chez elle. Au bout de ce temps, elle fut prise tout à coup de violens vertiges auxquels succéda bientôt une perte absolue de connaissance. Les vertiges commencèrent vers quatre heures du soir; la perte de connaissance eut lieu deux heures après, et le lendemain matin à la visite elle persistait encore. Les facultés intellectuelles et sensoriales nous parurent complète-

ment suspendues ; les membres soulevés retombaient de leur propre poids ; lorsqu'on pinçait ceux du côté gauche, la malade ne les retirait pas ; les membres droits, au contraire, exécutaient quelques faibles mouvemens, lorsqu'on en pinçait la peau. La respiration était stertoreuse, le pouls dur, mais sans fréquence. La mort eut lieu le même jour, entre trois et quatre heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les veines qui rampent dans le réseau de la pie-mère étendu sur les circonvolutions cérébrales se dilataient singulièrement par intervalles ; c'étaient de véritables varices. Leurs parois, molles et friables, se déchiraient et se réduisaient en une sorte de pulpe par la traction la plus légère. Une couche de sang coagulé, ayant au moins six lignes d'épaisseur, recouvrait toute la face supérieure de l'hémisphère droit. Après avoir soumis ces parties à un filet d'eau, l'on constata qu'une des grosses veines variqueuses qui rampaient à droite dans la pie-mère était perforée ; elle offrait une large ouverture à bords frangés irréguliers, que bouchait en partie un petit caillot de sang. Sur le lobule postérieur du même hémisphère droit, on remarquait quatre circonvolutions qui, à leur superficie, étaient transformées en un tissu d'un rouge vif, aréolé, comme fongueux, au milieu duquel apparaissaient trois ou quatre petites cavités qui auraient pu admettre chacune un pois, et que du sang remplissait. Dans ces points, la pulpe cérébrale ne présentait pas le moindre ramollissement ; nulle part ailleurs nous ne la trouvâmes lésée.

Thorax. Le sommet du poumon droit présentait une portion, de la grosseur d'un œuf de poule, noire comme de

l'encre, et transformée en un putrilage liquide d'où s'exhalait une odeur infecte. Aucune communication ne paraissait s'être encore établie entre cette partie, évidemment frappée de gangrène, et les bronches. Partout ailleurs, le tissu pulmonaire était très sain.

Abdomen. On n'y trouva rien de notable.

Ce cas nous offre encore un exemple de lésion de l'encéphale bornée aux seules circonvolutions. Mais leur altération diffère à plusieurs égards de celle que nous a montré l'observation 1re. Cette altération existait en partie bien long-temps avant qu'aucun symptôme cérébral se fût manifesté. C'est certainement d'une manière chronique que se sont dilatées les veines de la pie-mère, en même temps que leurs parois se sont ramollies. C'était aussi une affection chronique que ce développement si remarquable d'un tissu comme érectile à la superficie de quelques circonvolutions. La production de ce tissu dépendait, selon toute vraisemblance, de la dilatation des veines capillaires de la pulpe cérébrale, qui étaient ainsi frappées du même mode de lésion que les veines extérieures auxquelles elles aboutissent. Mais, chose remarquable, tout ce travail morbide s'accomplit sans qu'il en résultât aucun désordre appréciable des fonctions cérébrales. Puis il arriva un moment où vinrent simultanément à se déchirer et une des grosses veines extérieures, et plusieurs des veinules, dont la dilatation donnait à quelques circonvolutions cérébrales l'aspect du tissu érectile, ou, si l'on veut, de tumeurs fongueuses hématodes. Il en résulta un double épanchement de sang, l'un ayant son siége dans la pie-mère, l'autre dans la pulpe même des circonvolutions; et seulement

alors apparurent des accidens cérébraux. A de violens vertiges succéda une abolition complète des sens et de l'intelligence; puis survint le coma, au milieu duquel succomba la malade. L'absence de motilité d'un côté du corps, et sa conservation de l'autre, nous révélèrent qu'un seul hémisphère était lésé, ce qui est le contraire de ce que nous a montré l'observation 1re (1).

---

(1) La science possède quelques observations de ruptures des veines encéphaliques, survenues subitement, sans aucune lésion antécédente appréciable. Peu de cas de ce genre nous ont paru plus remarquables que celui qui se trouve extrait du *Medical London repository*, dans le tome 56e (page 125) de la *Bibliothèque médicale*. Ce fut à la suite d'une vive excitation cérébrale que s'accomplit cette rupture. Nous avons cru devoir rapporter le cas dans sa totalité.

Un homme, âgé de 34 ans, d'une courte stature, d'une constitution scrofuleuse, sujet depuis quelques années à la dyspepsie, fit, le 6 octobre 1816, vingt-un milles avec Wilson, le fameux coureur, exposé à l'ardeur du soleil, et le soir il en fit neuf autres. Dès ce moment, il se sentit extrêmement fatigué, éprouva de violens maux de tête jusqu'au 13 du même mois; les symptômes précédens augmentèrent alors, il eut des nausées, des vomissemens. Vers midi, il fut pris d'un accès qui simulait une attaque d'épilepsie; dans le reste du jour il en eut plusieurs autres plus légers; à minuit il en eut un qui l'emporta presque entièrement, et le lendemain à dix heures, il en éprouva un troisième aussi violent que les précédens, et expira. En ouvrant le cadavre, on trouva les veines de la pie-mère gorgées de sang, et un épanchement considérable de sang sur le lobe postérieur de l'hémisphère droit du cerveau. En incisant ce lobe, on trouva un gros caillot de sang, qui provenait d'une rupture, longue d'un tiers de pouce, du sinus longitudinal à sa jonction avec le sinus latéral gauche. Il n'y avait point d'autres désordres dans le cerveau. Les viscères thoraciques et abdominaux furent trouvés sains, à l'exception de la portion du péritoine qui recouvre le foie et les intestins voisins, où l'on trouva des traces légères d'inflammation.

Nous ne terminerons pas ces réflexions sans appeler l'attention sur cette gangrène du poumon qui était déjà parvenue à un degré si avancé, sans avoir encore donné lieu à aucune expectoration particulière, et dont rien au monde n'avait pu faire soupçonner l'existence pendant la vie.

IIIe OBSERVATION.

Épanchement de sang dans le lobule antérieur de l'hémisphère gauche du cerveau. Hémiplégie droite. Embarras notable de la parole. Mort le neuvième jour.

Un journalier, âgé de 57 ans, entra à l'hôpital de la Charité dans l'état suivant : intelligence très obtuse ; difficulté extrême à prononcer les mots ; il commence beaucoup de phrases et ne peut en achever aucune ; à peine a-t-il articulé très péniblement quelques mots, qu'il ne fait plus entendre qu'un bredouillement inintelligible ; lorsqu'on lui parle un peu long-temps, on le voit rire et pleurer alternativement. Il ne peut rendre aucun compte de ce qui lui est arrivé. La face est rouge ; les yeux sont injectés. La commissure gauche des lèvres est fortement tirée en haut ; il n'y a que ce côté de la face qui soit mobile, ce qui n'empêche pas le malade de se plaindre également, soit qu'on lui pince le côté droit ou le côté gauche de la face. Quelque effort que fasse le malade pour tirer la langue hors de sa bouche, il ne peut y parvenir. Les deux membres du côté gauche se remuent avec facilité ; au contraire, ceux du côté droit sont privés de tout mouvement volontaire ; la sensibilité cutanée ne paraît pas y être diminuée. Nous apprenons que quatre jours auparavant cet homme est tombé dans la rue sans con-

naissance, vers onze heures du matin; que, ramené chez lui, il ne l'a recouvrée que le lendemain, et que depuis il est resté dans l'état que nous venons de décrire.

Pendant les quatre jours suivans, la langue se sèche et noircit, les urines coulent involontairement, le pouls est fréquent, les extrémités se refroidissent, la respiration s'embarrasse, et le malade succombe neuf jours révolus après avoir eu son attaque d'apoplexie.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. La portion de substance cérébrale qui termine en avant l'hémisphère gauche est creusée d'une cavité dans laquelle pourrait être logé un œuf de poule, et que remplit un gros caillot de sang. Cette cavité commence à un pouce au-dessous de la face supérieure de l'hémisphère, et à un demi-pouce de son extrémité antérieure; en arrière et en bas elle est limitée par la portion de substance cérébrale qui forme le point de jonction des parois supérieure et antérieure du ventricule latéral gauche. Celui-ci ne se trouve de cette façon nullement intéressé, non plus que le corps strié, qui est resté parfaitement intact. Les parois de la cavité accidentelle offrent à leur surface interne une couleur d'un beau jaune qui se continue en profondeur dans l'étendue de deux à trois lignes. Nulle part la substance cérébrale n'est ramollie. Il n'y a dans le reste du cerveau, non plus que dans ses annexes, aucune autre lésion appréciable.

Thorax. Poumons engoués, *hépatisés* même en plusieurs points; cœur volumineux; hypertrophie des parois du ventricule gauche.

Abdomen. Ramollissement rouge de la membrane mu-

queuse gastrique dans toute sa moitié gauche. Teinte ardoisée de la portion pylorique. Arborisations nombreuses dans l'intestin grêle. Rate volumineuse et très molle.

Nous avons cité ce cas comme exemple d'une hémorrhagie exactement limitée à l'un des lobules antérieurs des hémisphères. D'après la théorie qui attribue la direction des mouvemens des membres inférieurs à la partie antérieure des hémisphères cérébraux, on n'aurait dû observer ici qu'une paralysie bornée au membre abdominal droit, et cependant le membre thoracique droit était également privé de mouvement. La paralysie s'étendait aussi au côté droit de la face, et les mouvemens de la langue ne pouvaient plus être exécutés. L'articulation des mots était devenue très difficile, circonstance qui se trouve d'accord avec l'opinion émise par M. le docteur Bouillaud sur le siége encéphalique de la parole. Nous nous contentons de noter ici ces différens faits, nous proposant, dans notre résumé, de les ajouter à d'autres pour résoudre les questions importantes que nous venons de rappeler. En même temps que la motilité était anéantie dans un côté du corps, la sensibilité s'y était conservée intacte. Quant à l'intelligence, elle était singulièrement obtuse ; la mémoire paraissait perdue. Le début avait été signalé par une perte subite de connaissance, et ici encore il y avait coïncidence entre une hémorrhagie cérébrale et une hypertrophie du cœur.

Ce ne fut point, d'ailleurs, par cette hémorrhagie que succomba le malade. L'état parfaitement sain du cerveau autour du foyer apoplectique était une bonne condition pour que la résorption du sang épanché commençât à s'effectuer.

La mort fut le résultat d'une double phlegmasie intercurrente des poumons et de l'estomac, qui se traduisit surtout par l'état adynamique dans lequel tomba tout à coup le malade. Un pareil genre de mort n'est rien moins que rare chez les apoplectiques.

IVe OBSERVATION.

Épanchement de sang dans le lobule postérieur de l'hémisphère gauche. Perte subite de la parole et du mouvement, dans tout le côté droit. Mort le seizième jour.

Un peintre en bâtimens, âgé de 55 ans, paraissant fortement constitué, fut apporté à la Charité le 7 août 1820 dans un état d'hémiplégie droite complète. Il avait eu plusieurs fois la colique saturnine, et il éprouvait encore des douleurs abdominales assez vives, lorsque, le 5 août, il fut tout à coup privé de l'usage de la parole et de la motilité du côté droit. Le 7 août, à la visite, il offre l'état suivant :

Décubitus en supination. Les paupières du côté droit, collées par de la chassie, s'ouvrent moins largement que celles du côté opposé. Les deux yeux paraissent être également sensibles à l'impression de la lumière. La commissure buccale gauche est tirée en haut et en dehors. La langue, en sortant de la bouche, se dévie à droite. Les membres supérieur et inférieur du côté droit sont privés de tout mouvement; on peut les fléchir et les étendre, sans qu'ils opposent aucune résistance. (*Saignée de* 16 *onces; deux vésicatoires aux jambes; lavement purgatif.*)

Le sang tiré de la veine se rassembla en un caillot couvert d'une couenne jaune assez épaisse.

Le lendemain matin 8 août, aucun changement. (*Nouvelle saignée de huit onces ; limonade avec addition d'une once de crême de tartre ; lavement purgatif ; bouillons.*) Le sang se montra encore couenneux.

Le 9, assoupissement presque continuel ; respiration bruyante ; émission involontaire des urines ; constipation qui ne cède point aux purgatifs.

Jusqu'au 24, l'état du malade reste le même ; la sensibilité est très obtuse dans les membres paralysés ; chaque jour il prend de la crême de tartre dans la limonade, et on lui donne des lavemens purgatifs.

Le 24 août, pour la première fois, du dévoiement survient ; la langue est sèche. Du 24 au 30 août, le dévoiement continue ; le malade s'affaiblit ; ses facultés intellectuelles paraissent intactes ; il fait effort pour répondre lorsqu'on l'interroge, mais il ne peut parvenir à articuler aucun son. Cette abolition de la parole a persisté depuis l'entrée du malade à l'hôpital.

Le 31 août, abattement extrême ; gémissemens ; renversement de la tête en arrière ; commissure gauche des lèvres fortement tirée en haut ; langue toujours sèche, et se déviant à droite ; paupière supérieure droite toujours plus abaissée que la gauche ; pouls misérable ; extrémités froides ; respiration de plus en plus gênée, stertoreuse. Mort à dix heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

20 heures après la mort.

Crâne. Vaisseaux de la pie-mère fortement gorgés de sang. Pas de sérosité dans l'arachnoïde extérieure, ni dans les ven-

tricules. Au sein du lobule postérieur de l'hémisphère gauche, en arrière et en dehors de la couche optique, qui s'est conservée intacte, et à peu près au même niveau qu'elle, existe une cavité assez grande pour contenir une pomme d'api, et que remplit un sang couleur rouille de fer, en partie liquide, et en partie coagulé. Une membrane celluleuse très fine tapisse les parois de cette cavité. La substance cérébrale qui l'environne a une teinte d'un rose sale, et elle est légèrement ramollie dans l'étendue de quelques lignes. Aucune autre altération notable n'existe dans le reste de l'encéphale.

Thorax. Poumons engoués, sains d'ailleurs; cœur volumineux; hypertrophie des parois du ventricule gauche.

Abdomen. Léger pointillé rouge de la surface interne de l'estomac vers le grand cul-de-sac. En beaucoup d'endroits, injection vive de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, et de celle du gros intestin, dont on trouve la rougeur de plus en plus intense, à mesure qu'on s'approche du rectum.

Ce cas diffère surtout du précédent par le siége de l'épanchement. Ici il existait dans la partie postérieure de l'un des hémisphères, dans cette partie qui, au rapport de quelques auteurs, tient sous sa dépendance le mouvement des membres thoraciques; dans ce cas, cependant, le membre abdominal fut paralysé aussi bien que le membre thoracique. La parole resta perdue depuis le commencement de la maladie jusqu'à la fin; cette perte de la parole fut même le premier symptôme qui se manifesta, et cependant aucune lésion ne fut trouvée dans la partie antérieure des hémisphères. Si donc l'observation III, qui nous a également offert une abolition de la parole, semble confirmer l'opinion qui place cette faculté

dans les lobules antérieurs des hémisphères, l'observation actuelle infirme complètement cette opinion. Nous remarquerons, en outre, que dans le commencement l'intelligence ne fut pas troublée, et que ce ne fut que long-temps déjà après l'invasion que survint de l'assoupissement. Ici encore une phlegmasie intestinale vint compliquer l'affection cérébrale, et hâta la mort du malade. Cette mort n'eut lieu que le vingt-sixième jour; aussi trouvâmes-nous sur les parois du foyer hémorrhagique une pseudo-membrane déjà organisée en trame cellulaire. Il y avait de plus dans ce cas, autour de la cavité, un peu de ramollissement rosé, dont aucun symptôme particulier ne nous révéla l'existence.

Ve OBSERVATION.

Épanchement de sang dans le lobule postérieur de l'hémisphère gauche. Paralysie du membre thoracique droit; conservation de la sensibilité et de la motilité dans le membre abdominal correspondant. Mort le vingtième jour.

Un menuisier, âgé de 69 ans, entra à la Charité le 29 juin 1821. On apprit que dix-neuf jours auparavant il avait perdu tout à coup connaissance; qu'au bout d'une vingtaine d'heures il avait commencé à recouvrer l'usage de ses facultés intellectuelles. Les jours suivans, il était resté paralysé du bras droit. On lui avait pratiqué deux saignées. La veille de son entrée, il était retombé dans un état comateux.

A la visite du 29 juin, nous le trouvâmes plongé dans un assoupissement dont on ne pouvait pas le tirer. Il nous fut impossible d'obtenir de lui la moindre parole. Les yeux étaient fermés; une teinte violacée colorait les joues. La

bouche n'était pas déviée. Nous ne vîmes pas la langue. Le membre thoracique droit, étendu le long du tronc, retombait comme une masse inerte, dès qu'on l'abandonnait à lui-même après l'avoir soulevé. Nous pinçâmes fortement la peau de ce membre, sans qu'il en résultât aucun signe de sensibilité. En enfonçant, au contraire, nos ongles dans la peau du membre thoracique gauche, ce membre se retirait brusquement, les membres de la face entraient en contraction, et le malade faisait entendre quelques plaintes. Alors nous pinçâmes faiblement les membres abdominaux, qui étaient immobiles et étendus, et le malade ne parut pas sentir. Nous pinçâmes plus fortement, et aussitôt les deux membres abdominaux exécutèrent quelques mouvemens brusques; nous les vîmes, à droite comme à gauche, se porter alternativement en divers sens; en même temps quelques gémissemens se firent entendre. Il fut donc évident pour nous que la sensibilité et la motilité n'étaient perdues que dans le membre thoracique droit, et que ces deux facultés étaient en particulier conservées dans le membre abdominal correspondant. Le pouls était dur et fréquent; la respiration précipitée.

Le malade mourut le lendemain 30 juin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. A quelques lignes au-dessous des circonvolutions qui appartiennent au lobule postérieur de l'hémisphère gauche, à deux pouces en avant du point où ce lobule touche l'occipital, il était creusé par une cavité qui aurait pu contenir une noix ordinaire; un caillot de sang d'un brun noirâtre la remplissait. Au fond d'une des anfractuosités situées au-dessus de l'épanchement, on remarquait une fente par

laquelle l'anfractuosité communiquait avec le foyer apoplectique ; du sang liquide traversait cette fente, et avait soulevé la pie-mère qui tapissait l'anfractuosité. Les parois de la cavité qui contenait le caillot sanguin étaient d'un rouge vif, et autour d'elle, dans l'étendue de deux à trois lignes seulement, la pulpe cérébrale avait perdu sa consistance accoutumée. Aucune autre altération n'existait dans le reste de l'encéphale ; les grosses artères qui en occupent la base présentaient de nombreuses plaques cartilagineuses ou osseuses.

Thorax. Poumons fortement engoués ; cœur volumineux ; hypertrophie des parois des deux ventricules, avec dilatation de la cavité du ventricule gauche. Quelques ossifications aux valvules aortiques, ainsi que dans l'aorte elle-même.

Voilà encore un cas où l'épanchement sanguin est exactement limité à la partie tout-à-fait postérieure de l'un des hémisphères : il est peu considérable, et il touche presque les circonvolutions ; il présente cette circonstance remarquable d'une communication du foyer apoplectique avec l'extérieur au moyen de la déchirure du fond d'une anfractuosité. Ici le membre thoracique opposé au côté de l'hémorrhagie est seul affecté ; le membre abdominal correspondant est resté intact : de sorte que ce cas particulier se trouve confirmatif de l'opinion qui place dans la partie postérieure des hémisphères le siége des mouvemens des membres supérieurs ; mais nous n'oublierons pas que l'obs. IV nous a donné un résultat tout opposé.

Le malade était en voie d'amélioration sensible, lorsque trois jours avant sa mort il retomba dans cet état comateux qui avait existé au début de son affection. Cette rechute

coïncida-t-elle avec le moment où le sang tendit à venir couvrir la surface extérieure du cerveau, en s'échappant à travers la déchirure opérée en un point des parois du foyer apoplectique?

Bien que la mort n'ait eu lieu que le vingtième jour, il n'y avait encore aucune apparence de formation de fausse membrane sur les parois de la cavité qui contenait le sang. Nous avons vu qu'elle était déjà très bien formée chez le malade qui fait le sujet de l'obs. IV, mort le vingt-sixième jour.

Chez ce malade encore, il y avait anévrisme du cœur.

VIe OBSERVATION.

Épanchement de sang dans la partie moyenne de l'hémisphère gauche. A la suite d'anciens étourdissemens, perte subite de connaissance. Hémiplégie droite. Perte de la parole. Mort le dix-neuvième jour.

Une femme de chambre, âgée de 55 ans, fortement constituée, jouissant de beaucoup d'embonpoint, cessa d'être réglée à l'âge de 47 ans, époque à laquelle elle a commencé à devenir très grasse. Vers l'âge de 50 ans, elle est devenue sujette à des étourdissemens qui augmentaient, quand elle se baissait, ou quand elle avait pris une plus grande quantité d'alimens que de coutume. On nous dit qu'à 51 ans elle avait eu une légère attaque d'apoplexie; mais elle fut rétablie entièrement au bout de quelques jours. Le 8 juin 1821, cette femme eut une nouvelle attaque d'apoplexie, avec perte complète de connaissance. Du 8 au 16 juin, on lui appliqua des vésicatoires aux membres inférieurs, des rubéfians aux pieds; on lui donna l'émétique en lavage. Pendant que ces divers moyens étaient administrés, elle recouvra un peu l'usage de

ses sens, et elle put imprimer quelques légers mouvemens aux membres du côté droit, qui restèrent cependant infiniment plus faibles que ceux du côté gauche. Transportée à la Charité le 16 juin, elle présenta ce jour là l'état suivant :

Face vultueuse; paralysie de la paupière supérieure du côté droit, avec déviation du globe de l'œil en dehors; impossibilité de tirer la langue hors de la bouche; ouïe obtuse; perte de la voix et de la parole : la malade, qui est comme hébétée, entend cependant ce qu'on lui dit; mais elle n'y répond que par des signes de tête. Les mouvemens des deux membres droits sont abolis; les matières fécales et les urines sont rendues involontairement; le pouls est dur, sans fréquence. Des sangsues furent appliquées, à plusieurs reprises, sur le trajet des veines jugulaires, et des lavemens purgatifs furent administrés.

Le 19 juin et les jours suivans, la malade commença à pouvoir remuer un peu sa langue; mais elle ne pouvait pas parler, malgré tous ses efforts. Elle entendait et comprenait assez bien ce qu'on lui demandait. De légers mouvemens de rotation pouvaient être exécutés par les membres paralysés, et la paupière droite s'abaissait moins au devant du globe de l'œil.

Le 25 juin, cette femme retomba dans un état comateux, et la respiration devint de plus en plus gênée (*nouvelle application de sangsues au cou*). Une large eschare existait au sacrum.

Mort le 27 juin à une heure du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crane. État sain des méninges. Dans l'épaisseur du lobule

moyen de l'hémisphère gauche, en dehors et un peu au-dessus du point de jonction de la couche optique et du corps strié, on trouve une collection de sang (six onces environ), dont une partie est liquide et l'autre coagulée. Une couche fibrineuse, non organisée, recouvrait la surface interne des parois de la cavité qui contenait ce sang. Dans l'espace de deux ou trois lignes autour d'elle, la pulpe cérébrale était un peu ramollie; plus loin elle avait sa consistance normale. Aucune autre lésion n'existait dans l'encéphale.

Thorax. Poumons généralement engoués, hépatisés dans un grand nombre de points. Cœur volumineux; hypertrophie notable des parois du ventricule gauche.

Abdomen. Teinte grisâtre de la membrane muqueuse de l'estomac; arborisations légères dans l'intestin grêle; foie d'un volume remarquable, graissant le scalpel. Rien de remarquable dans les autres viscères.

Le siége de l'hémorrhagie est ici dans le centre même d'un des hémisphères, et il y a hémiplégie; la théorie aurait prévu ce fait; mais les circonvolutions ne sont nullement intéressées, et cependant l'intelligence ne resta pas intacte. Le lobule antérieur est exempt de toute altération, et cependant la parole est complètement perdue. Ainsi voilà successivement trois faits (obs. IV, V, VI) dans lesquels la lésion réside une fois dans le lobule antérieur, une autre fois dans le lobule postérieur, et une autre fois enfin dans le lobule moyen; et dans ces trois cas il y a également abolition de la parole.

Chez cette femme, les étourdissemens précédèrent de long-temps l'attaque d'apoplexie à laquelle elle succomba. Nous ne trouvâmes dans le cerveau aucune trace de celle qu'elle

avait eue quatre ans auparavant. Peut-être alors n'avait-elle été atteinte que d'une simple congestion cérébrale, assez intense pour déterminer les symptômes de l'hémorrhagie, ainsi que nous en avons vu précédemment des exemples. Ce n'est pas non plus par l'état du cerveau que nous pouvons expliquer le retour de l'état comateux deux jours avant la mort.

VIIe OBSERVATION.

Épanchement de sang dans la partie moyenne de l'hémisphère droit. Léger ramollissement de la substance cérébrale autour de cet épanchement. Mort le septième mois.

Un perruquier, âgé de 71 ans, d'une assez forte constitution, tomba tout à coup sans connaissance le 15 mai 1820. Cette perte de connaissance ne dura que quelques heures; mais, lorsqu'il fut revenu à lui, il se trouva paralysé de tout le côté gauche du corps. Entré à la Charité le 28 juin, il présenta l'état suivant :

Céphalalgie vers le sommet de la tête, surtout du côté droit; vue et ouïe plus faibles à gauche qu'à droite; commissure buccale gauche immobile, la droite tirée en dehors; langue déviée à gauche : immobilité complète des membres supérieur et inférieur du côté gauche; sensibilité de ces mêmes membres très obtuse, mais non complètement éteinte. Constipation opiniâtre; pouls plein, un peu fréquent (*émétique en lavage; soupes et bouillons.*)

Les jours suivans, même état : intégrité des facultés intellectuelles.

Le 4 juillet, on s'aperçut que le côté gauche des parois thoraciques était recouvert par un énorme anthrax. Cette

tumeur fut incisée crucialement jusqu'à une grande profondeur; des eschares blanchâtres s'en détachèrent peu à peu; vers la fin du mois d'août, la cicatrisation en était à peine opérée.

Pendant le cours du mois de septembre, un second anthrax, encore plus volumineux que le premier, se montra dans la fosse sus-épineuse du scapulum gauche. D'autres plus petits, ayant plutôt le caractère de furoncles, parurent successivement dans le voisinage de ce second anthrax, toujours à gauche.

A cette époque, les membres paralysés nous parurent beaucoup plus grêles que ceux du côté opposé; ils avaient subi une véritable atrophie. De plus, à dater de la mi-août, ces membres avaient commencé à se contracturer; l'avant-bras était fortement fléchi sur le bras, et la jambe sur la cuisse. Le malade se plaignait vivement, lorsqu'on voulait imprimer quelque mouvement à ses membres. Il rendait involontairement ses urines et ses matières fécales.

Vers la fin du mois d'octobre, il tomba dans un état de faiblesse extrême; il ne parlait presque plus, et restait enfoncé sous ses couvertures. De larges eschares se formèrent au sacrum et aux grands trochanters : alors le membre thoracique gauche cessa d'être contracturé, mais il resta privé de tout mouvement. La contracture persista dans le membre abdominal gauche. Le malade, arrivé au dernier degré du marasme, s'éteignit le 21 novembre, sans présenter de respiration stertoreuse.

OUVERTURE DU CADAVRE

30 heures après la mort.

Cadavre dans un marasme complet ; membres raides ; larges ulcérations au sacrum et aux trochanters.

Crâne. Ses parois nous paraissent remarquables par leur grande fragilité. La dure-mère adhère très fortement à la voûte du crâne. L'arachnoïde qui revêt les circonvolutions cérébrales supérieures est un peu opaque. L'hémisphère gauche est exempt de toute altération appréciable : mais l'hémisphère droit est creusé d'une cavité capable de contenir une pomme de moyen volume. Cette cavité se trouve à égale distance des deux extrémités de l'hémisphère, près des circonvolutions de la face supérieure, en dehors, au-dessus et en arrière du corps strié. Ses parois sont tapissées par une membrane celluleuse, dense, très résistante, et dans la trame de laquelle se ramifient de nombreux vaisseaux. Par sa face interne, cette membrane adhère intimement à la substance cérébrale qu'on enlève avec elle. La cavité elle-même est remplie par une sorte de bouillie, dont la couleur est celle de la rouille de fer. La substance cérébrale environnante est ramollie dans l'étendue de quatre à cinq lignes, au-delà desquelles le parenchyme cérébral reprend sa consistance ordinaire. La portion ramollie a une teinte légèrement jaunâtre. Quelque peu de sérosité existe dans les ventricules et à la base du crâne.

Rien de notable dans les organes de la poitrine et de l'abdomen.

Nous voyons ici apparaître un symptôme que nous n'a-

vions rencontré dans aucune des observations précédentes : nous voulons parler de la contracture qui frappa, à une certaine époque de la maladie, les membres paralysés. Les lésions trouvées dans le cerveau ne nous en rendent pas suffisamment compte ; car le ramollissement qui existait autour du foyer apoplectique n'était pas plus considérable que dans d'autres cas précédemment cités, où rien de semblable ne fut observé. L'atrophie qui frappa les membres paralysés doit être aussi remarquée ; elle est en rapport avec le temps très long que dura la paralysie. Dans cette observation, comme dans les autres, nous voyons la paralysie de la face, celle des organes des sens, exister du même côté que la paralysie des membres, et la langue se dévier, en sortant de la bouche, du côté privé de mouvement. Au milieu de ces graves désordres de la motilité et de la sensibité, l'intelligence se conserve intacte ; l'exercice de la parole n'est point altéré. La lésion avait cependant un même siége et une même nature que dans d'autres cas ci-dessus mentionnés, où l'intelligence était troublée et la parole complètement abolie. Que de difficultés ! Mais se les dissimuler, est-ce les résoudre ?

C'est la première fois que nous trouvons autour du sang épanché une membrane aussi parfaitement organisée ; ce qui est en rapport avec la longue durée de la maladie.

VIIIe OBSERVATION.

Cavité remplie d'un liquide séreux dans la partie moyenne de l'hémisphère droit. Deux ans avant la mort, symptômes d'une hémorrhagie cérébrale. Hypertrophie du cœur. Apoplexie pulmonaire.

Un tourneur, âgé de 61 ans, éprouvait, depuis sa jeu-

nesse, de l'oppression dès qu'il se livrait à un exercice un peu pénible ; l'action de monter un escalier lui causait des battemens de cœur insupportables. Il eut à différentes époques de sa vie de vifs chagrins qui tous firent sur lui une forte impression, et aggravèrent sensiblement son état. Dans le mois de février 1820, il éprouva, pour la première fois, des maux de tête remarquables par leur intensité, et des étourdissemens assez forts pour l'obliger de suspendre ses occupations. Il y avait quatre jours qu'il avait commencé à éprouver ces symptômes, lorsque tout à coup il tomba sans connaissance. Une saignée de pied fut immédiatement pratiquée, et au bout d'un quart d'heure les facultés sensoriales et intellectuelles avaient repris leur état naturel ; mais le membre thoracique gauche était resté plus faible que le droit : le malade le trouvait pesant. Il se soutenait également bien sur ses deux jambes. Cette paralysie incomplète dura quinze jours à trois semaines, puis elle se dissipa entièrement. Mais depuis ce moment, le malade a conservé des maux de tête habituels, des étourdissemens fréquens qui l'obligent de s'asseoir pour prévenir une chute. A dater du mois de septembre 1821, la dyspnée, ainsi que les palpitations, devinrent de plus en plus fortes, et les étourdissemens se montrèrent à des époques de plus en plus rapprochées. Le malade devint incapable de se livrer à aucune occupation. Plusieurs émissions sanguines, tant locales que générales, furent pratiquées. Il maigrit beaucoup, conservant toujours assez d'appétit. Le 21 janvier 1822, après son dîner, il eut une syncope qui dura quelques minutes. La nuit fut pénible à cause d'une difficulté extrême de respirer, et de quintes de toux très fatigantes. Le lendemain les jambes parurent infiltrées

pour la première fois. Le malade entra à la Charité le 26 janvier. A la visite du 27, il était dans l'état suivant :

Orthopnée; bouffissure de la face; teinte violacée des lèvres; œdème des jambes et des mains; toux fréquente et sèche; battemens du cœur tumultueux, avec impulsion très forte à la région précordiale, s'entendant dans une grande étendue; pouls fréquent, petit, irrégulier; langue naturelle; répugnance pour les alimens, dans la crainte d'augmenter l'oppression.

Le 28, augmentation de la dyspnée; menace de suffocation, dès que le malade parle.

Le 29, la langue commence à se sécher; diarrhée; pouls faible; diminution des forces; accroissement de l'œdème.

Le 31, expectoration de trois onces environ de sang mêlé à du mucus aéré.

Le 1er février, abattement extrême; respiration râlante; toux sèche; évacuations alvines involontaires; pouls d'une faiblesse extrême.

Mort le 2 février à une heure du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

8 heures après la mort.

Crâne. Dure-mère adhérente supérieurement aux parois du crâne; tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré par un liquide gélatineux et transparent. En incisant de haut en bas, et couche et par couche la substance des hémisphères cérébraux, on trouve dans l'hémisphère droit une cavité à parois presque contiguës, contenant quelques gouttes de sérosité, située au centre du lobule moyen, un peu au-dessus et en dehors du ventricule latéral. Cette cavité a deux pouces d'é-

tendue d'avant en arrière, et un pouce verticalement. Autour d'elle, dans l'espace de deux à trois lignes, la substance cérébrale, de consistance normale, a une teinte jaunâtre. Ses parois sont tapissées par une membrane lisse, consistante, épaisse d'un quart de ligne environ, semblable à une membrane séreuse. Rien d'appréciable dans le reste de l'encéphale.

Thorax. Cœur volumineux; hypertrophie considérable des parois du ventricule gauche; dilatation de sa cavité: points cartilagineux sur les valvules qui entourent l'orifice du ventricule aortique; cavités droites distendues par de gros caillots de sang, dépouillés de matière colorante. Ces cavités sont très vastes, et leurs parois très minces.

Au centre du lobe inférieur du poumon droit, l'on trouve une portion du tissu pulmonaire du volume d'une orange, noire, dure, ne surnageant pas à l'eau, et dont on exprime par la pression un liquide d'un brun foncé. Le même lobe contient plusieurs autres masses pareilles, mais plus petites. On en trouve aussi quelques-unes à la base du poumon gauche. Ces deux poumons sont d'ailleurs partout fortement engoués.

Abdomen. Teinte ardoisée de la membrane muqueuse gastrique; forte injection veineuse des parois de l'intestin grêle; teinte rouge du bord libre de ses valvules; mucus d'un rouge brun à son intérieur; foie gorgé de sang.

Les accidens apoplectiques qu'éprouva cet individu deux ans avant sa mort auraient pu dépendre d'une simple congestion cérébrale portée à un haut degré. Il y eut cependant alors au sein du cerveau une hémorrhagie qui fut sans doute peu considérable, et dont la cavité, trouvée dans l'hémi-

sphère droit, atteste l'ancienne existence; la perte de connaissance ne fut que de très courte durée, et la paralysie incomplète qui lui succéda disparut elle-même rapidement. Remarquez combien ici furent intenses les étourdissemens qui précédèrent et qui suivirent l'hémorrhagie. Dans ce cas encore il y avait coïncidence entre celle-ci, et l'existence d'une ancienne affection du cœur ; et ne semble-t-il pas que c'est à cette affection qu'il faut attribuer, du moins comme à une cause prédisposante, la double hémorrhagie qui frappa tour à tour le cerveau et le poumon ?

IXe OBSERVATION.

Épanchement de sang dans le corps strié droit. Perte subite de connaissance. Hémiplégie gauche. Mort le quinzième jour.

Une marchande de gâteaux, âgée de 48 ans, adonnée au vin, tomba tout à coup sans connaissance le 16 mars 1823, à neuf heures du matin. Très peu de temps après, elle fut saignée. Au bout de deux heures, elle revint à elle. Elle entra le soir même à la Charité.

Dans la matinée du 17 mars, nous trouvâmes les deux membres gauches complètement privés de mouvement et de sentiment. La commissure droite des lèvres était tirée en haut ; la langue n'était point déviée. L'intelligence était nette, et la malade répondait avec facilité aux questions qu'on lui adressait ; son pouls était dur, vibrant, un peu fréquent (*vésicatoires aux jambes ; eau de veau avec addition de sulfate de soude.*)

Le lendemain 18, une amélioration sensible a eu lieu : la

sensibilité s'est rétablie dans le côté paralysé, et le membre abdominal gauche commence à exécuter quelques mouvemens. Le membre thoracique gauche est, au contraire, aussi complètement paralysé que la veille.

Le 19, la malade remue facilement la cuisse et la jambe gauches. Le pouls a perdu sa fréquence; un vésicatoire est appliqué entre les épaules.

Du 20 mars au 1er avril, les symptômes d'une irritation gastro-intestinale se manifestèrent : langue rouge et sèche; soif vive; tension de l'abdomen; diarrhée. Bientôt du délire survint, la malade se prostra, et elle succomba dans l'état dit adynamique. Jusque dans les derniers temps nous nous assurâmes que le membre abdominal gauche se remuait aussi facilement que le droit. La paralysie du bras gauche ne présenta au contraire aucune diminution.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. La seule lésion que présente l'encéphale existe dans le corps strié droit. Vers la partie moyenne de ce corps, à quelques lignes au-dessous de sa face supérieure, est creusée une petite cavité remplie de caillots de sang. Autour d'eux, la pulpe cérébrale est très molle dans l'espace de trois à quatre lignes.

Thorax. Poumons sains; hypertrophie des parois du ventricule gauche du cœur, avec rétrécissement de sa cavité.

Abdomen. Membrane muqueuse gastrique très molle et rouge dans toute la portion splénique. Rougeur intense et aspect comme grenu de la surface interne de l'iléum, dans une grande partie de son étendue.

Il est rare de trouver l'hémorrhagie aussi exactement bornée au corps strié que dans le cas que nous venons de rapporter. Le début de l'affection est comme celui de la plus grande partie des hémorrhagies cérébrales, quel que soit leur siége. Comme l'épanchement sanguin est peu considérable, le malade reprend bientôt l'usage de ses sens, et son intelligence a la plus grande netteté, ce qui est en rapport dans ce cas avec le siége de l'hémorrhagie qui a eu lieu loin de la substance des circonvolutions. D'abord les deux membres du côté opposé à celui de l'épanchement sanguin sont également paralysés, ce qui déjà infirme l'opinion d'après laquelle les lésions isolées du corps strié ne doivent modifier la motilité que dans le membre inférieur. Mais ce n'est pas tout : un des membres paralysés recouvre promptement la faculté de se mouvoir, et c'est le membre inférieur, c'est-à-dire celui qui, suivant l'opinion que nous venons de rappeler, aurait dû rester seul privé de mouvement. Ainsi plus nous avançons, et plus nos faits particuliers viennent détruire ou au moins ébranler des assertions trop prématurément émises.

Chez cet individu, mort quinze jours après avoir eu une attaque d'apoplexie, il n'y avait encore autour du foyer hémorrhagique aucune apparence de travail de guérison. Les symptômes cérébraux les plus graves avaient toutefois cessé, et c'est à une complication de phlegmasie gastro-intestinale que succomba le malade. Lui aussi, comme la plupart de ceux dont nous avons jusqu'à présent rapporté les observations, avait une hypertrophie du cœur.

Xe OBSERVATION.

Traces d'un ancien épanchement de sang dans le corps strié droit. Hémiplégie précédée de perte de connaissance. Mort treize mois après l'attaque d'apoplexie.

Un coiffeur, âgé de 46 ans, entra à la Charité le 27 janvier 1822. Il nous raconta que le 21 février 1821, il avait eu une attaque d'apoplexie pendant laquelle, nous dit-il, il avait perdu complètement connaissance. Revenu à lui, il s'était trouvé paralysé des deux membres gauches. Peu à peu cette paralysie était devenue moindre; et, à l'époque où nous le vîmes, il n'éprouvait plus qu'un peu de faiblesse dans les membres gauches. Le bras de ce côté lui semblait un peu moins fort que l'autre, et il traînait un peu la jambe en marchant. Cet homme présentait d'ailleurs tous les signes d'une phthisie pulmonaire, et c'est aux progrès de cette maladie qu'il succomba le 11 avril 1822, ayant toujours conservé jusqu'à la fin un peu de faiblesse dans le côté gauche du corps. La bouche n'était nullement déviée; la langue se tirait droit; et l'intelligence se montra intacte jusqu'au dernier moment.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Rien de remarquable à la surface du cerveau; sérosité limpide assez abondante dans les ventricules latéraux. Dans la partie postérieure du corps strié droit, plus près de sa partie externe que de l'interne, à un pouce et demi environ au-dessous de sa face supérieure, existe une cavité qui a un pouce de longueur sur un pouce et demi de largeur. Elle est remplie d'une matière semblable par sa couleur et par sa

consistance à une décoction concentrée de chocolat. Aucune fausse membrane n'est étendue sur les parois de cette cavité. Autour d'elle, dans l'étendue d'un demi-pouce environ, la substance du corps strié est transformée en une pulpe jaunâtre; plus loin elle a son aspect normal. Le reste de l'encéphale est sain.

Cavernes et tubercules dans les poumons; cœur normal; ulcérations dans les intestins.

Dans ce cas encore la lésion cérébrale, appréciable sur le cadavre, est bornée au seul corps strié, et il y a cependant hémiplégie. Notez toutefois que c'était dans la partie postérieure du corps strié qu'avait eu lieu l'hémorrhagie. La paralysie, bien que notablement diminuée, existait cependant encore un peu à l'époque de la mort; nous avons vu quel était l'état du corps strié, après plus d'un an écoulé depuis le moment de l'hémorrhagie. Il n'y avait encore aucune membrane organisée sur les parois de la cavité; et autour d'elle la substance cérébrale n'avait ni sa consistance ni sa couleur normale. Relisez au contraire l'observation VIII : dans celle-ci la cavité apoplectique et ses environs présentaient un tout autre aspect, et aussi tous les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale avaient disparu long-temps avant la mort. Ce n'est pas sans intérêt qu'on rapprochera de ce cas une observation consignée dans le tome 3 de cet ouvrage, où, chez un individu qui six mois avant sa mort avait eu une attaque d'apoplexie, on vît également disparaître toute trace de paralysie, bien que dans son cerveau on ait trouvé encore des vestiges de lésion.

XI[e] OBSERVATION.

Épanchement de sang dans la couche optique droite. Hémiplégie subite sans perte de connaissance. Mort au bout de six semaines par une affection organique du cœur.

Un homme, âgé de 60 ans, entra à la Maison royale de santé vers le commencement du mois de novembre 1830 : il présentait alors tous les symptômes d'une affection organique du cœur déjà fort avancée. Mais, de plus, cet homme était paralysé des deux membres gauches, et la commissure droite des lèvres se déviait légèrement lorsqu'il parlait. Il jouissait de toute l'intégrité de son intelligence. Il nous raconta d'une voix haletante que, trois semaines à peu près avant son admission à la Maison de santé, un jour, vers midi, il avait senti tout à coup sa jambe gauche manquer sous lui; il était tombé, mais sans perdre un seul instant connaissance. Relevé et porté sur un lit, il s'était aussitôt aperçu que son bras gauche était privé de tout mouvement. Depuis ce moment il est resté hémiplégique; il n'avait pas remarqué que sa bouche fût un peu déviée; il n'a jamais eu la parole embarrassée, et les mouvemens de sa langue sont restés constamment libres; de temps en temps, depuis son attaque, il a eu des maux de tête, et des étourdissemens passagers; il affirme n'en avoir jamais eu auparavant. La sensibilité est conservée dans les membres paralysés.

Du 15 novembre au 24 du même mois, la dyspnée augmenta de plus en plus; l'hydropisie s'accrut, la langue se sécha, et le malade succomba le 25 novembre, étant resté hémiplégique jusqu'à sa mort.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Tout l'encéphale est sain, excepté la couche optique droite au centre de laquelle on trouve une cavité remplie par du sang, qui ressemble à de la gelée de groseille noire et consistante. Cette cavité aurait pu contenir une grosse cerise; ses parois sont tapissées par une trame cellulaire, qu'on détache facilement du tissu cérébral. Autour d'elle celui-ci présente, dans l'espace d'une à deux lignes, une légère teinte amarante.

Thorax. Poumons engoués, sains d'ailleurs. Hypertrophie des parois du cœur, et dilatation de ses cavités, qui sont remplies de sang. Incrustation cartilagineuse à la base de la valvule mitrale. Aucune lésion à l'orifice aortique. Petites taches jaunes à la surface interne de l'aorte. Epanchement séreux dans la plèvre gauche. Adhérences intimes du péricarde et du cœur. Deux concrétions osseuses sont développées entre cette membrane et la substance propre du cœur, et s'interposent entre les faisceaux de celle-ci.

Abdomen. Estomac parsemé à sa surface interne d'un grand nombre de petites taches d'un rouge vif, ayant toutes le même diamètre, celui qu'occuperait une lentille. Il semble qu'on a posé sur un grand nombre de points de la muqueuse l'extrémité d'un pinceau chargé de matière colorante rouge. A côté de ces taches rouges, il en existe d'autres, en moindre quantité, qui sont noires, et dont plusieurs offrent à leur centre comme une érosion légère avec teinte grisâtre; là cependant la muqueuse n'a pas été enlevée, et il semble que cette apparence d'érosion soit due à la disposition des villosités. L'intestin grêle est généralement injecté. La rate, de

volume ordinaire, est remarquable par sa grande densité; elle est beaucoup plus ferme que de coutume, et elle a une couleur très noire. Le foie est gorgé de sang; le tissu jaune y est disposé en grains fort apparens.

Cette observation diffère de toutes les précédentes, en ce qu'ici aucune perte de connaissance n'eut lieu au moment où survint l'hémorrhagie cérébrale. Les membres gauches furent tout à coup privés de mouvement : voilà tout ce qui arriva. Cette paralysie persista aussi intense jusqu'au moment de la mort, arrivée six semaines environ après le moment de son invasion; l'état du cerveau rend suffisamment raison de cette persistance.

Les deux membres furent d'ailleurs également frappés de paralysie, bien que la lésion n'existât que dans la seule couche optique. Quant à l'exercice de l'intelligence, des divers sens, et de la parole, il ne fut pas troublé un seul instant.

XIIe OBSERVATION.

Kyste séreux dans le pédoncule cérébral gauche. Ancienne hémiplégie droite avec diminution de la sensibilité. Mort quatre ans après l'apparition de cette hémiplégie.

Une femme, âgée de 60 ans environ, entre à l'hôpital de la Pitié pendant le cours du mois de mars 1831, avec les symptômes d'une péritonite chronique. De plus, cette malade est depuis quatre ans hémiplégique du côté droit; elle ne peut imprimer aucun mouvement volontaire aux membres de ce côté, et la sensibilité y est très obtuse. Elle nous dit

que c'est un matin, en se réveillant, qu'elle s'est trouvée ainsi paralysée. Dans les premiers temps, la commissure buccale gauche a été déviée. Cette femme nous affirme que le soir elle s'était couchée très bien portante. Avant et depuis cet accident, elle dit n'avoir jamais éprouvé ni maux de tête, ni étourdissemens. L'intelligence est très bien conservée; la parole n'est pas altérée; aucun sens ne parait lésé.

Cette femme succomba, une quinzaine de jours après son entrée, sans présenter rien de nouveau du côté du cerveau.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. L'encéphale, attentivement examiné, parut sain dans tous ses points, excepté dans le pédoncule cérébral du côté gauche. A la partie moyenne de ce corps, nous trouvâmes une cavité qui aurait pu contenir une cerise, un peu oblongue, remplie d'un liquide séreux verdâtre. Une membrane dense, résistante, dont le tissu semblait être fibro-séreux, en tapissait les parois. Autour d'elle, dans l'étendue de quelques lignes, la substance nerveuse était d'un blanc nacré, et d'une dureté comme cartilagineuse

Thorax. Poumons sains. Épanchement séro-purulent dans la plève droite. Cœur normal.

Abdomen. Liquide séro-purulent dans la cavité péritonéale. Adhérences des anses intestinales par des brides celluleuses encore molles. Pâleur de la surface interne du tube digestif.

Nous pensons que cette femme a été atteinte, quatre ans avant sa mort, d'une hémorrhagie qui a eu son siége dans le

pédoncule cérébral gauche. La lésion trouvée dans ce pédoncule nous semble s'être formée à mesure que s'est accomplie la résorption du sang épanché. Après la disparition de celui-ci, la paralysie a persisté, ce qui s'explique par la nature de la lésion trouvée dans le pédoncule; c'est la première fois que nous rencontrons une induration du tissu nerveux autour d'un ancien foyer hémorrhagique. Mais notez que dans ce cas l'examen a été fait quatre ans après l'apparition des premiers accidens cérébraux. Ces accidens ont été peu nombreux, mais bien tranchés. Survenus subitement, sans aucun prodrome, ils ont consisté dans une simple paralysie des membres opposés au pédoncule lésé. C'est pendant le sommeil qu'a commencé cette paralysie; elle a porté à la fois sur le mouvement et sur le sentiment.

XIIIe OBSERVATION.

Épanchement de sang dans une grande partie de la masse de l'hémisphère droit. Destruction du corps strié et de la couche optique. Irruption du sang dans le ventricule latéral droit. Mort deux heures après l'apparition des premiers accidens.

Un garçon teinturier, âgé de 37 ans, tombe tout à coup sans connaissance dans une des rues voisines de l'hôpital de la Charité. On l'y transporte sur-le-champ; le chirurgien de garde, appelé pour lui donner les premiers soins, le trouve plongé dans un coma d'où rien ne peut le tirer. Les quatre membres sont en résolution complète; ils ne donnent aucun signe de sensibilité; du râle trachéal existe déjà. Les extrémités sont froides; le pouls est fréquent. (*Sinapismes aux extrémités inférieures.*)

Une heure et demie après son entrée, le malade succombe.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. A peine a-t-on enlevé de l'hémisphère droit quelques tranches de la substance nerveuse, que l'on arrive à un énorme épanchement de sang qui occupe une grande partie de cet hémisphère. A la place de la pulpe nerveuse, on ne trouve plus que du sang moitié solide, moitié liquide, au milieu duquel sont suspendus des débris du cerveau. La couche optique et le corps strié n'existent plus, et le ventricule latéral droit est rempli par un gros caillot de sang. Après avoir enlevé tout ce sang, et soumis au lavage les parois de cet énorme foyer hémorrhagique, on trouve que ces parois sont constituées par la substance cérébrale à nu, rouge et diffluente dans l'espace de quelques lignes, et partout irrégulièrement déchirée.

Rien de remarquable dans les organes du thorax et de l'abdomen.

Ce cas nous offre l'exemple d'une des hémorrhagies cérébrales les plus rapidement mortelles dont on ait publié l'observation. L'intensité des accidens est ici parfaitement en rapport avec l'étendue de la lésion; une grande partie de l'hémisphère gauche ne consistait plus que dans une vaste cavité pleine de sang, et le ventricule correspondant en était rempli. L'âge du sujet est remarquable : il n'avait pas quarante ans, et cette dernière circonstance nous rappelle le cas d'un enfant de douze ans, dont nons avons consigné ailleurs l'observation (1), qui succomba aussi à une hémorrhagie cérébrale dans un espace de temps à peu près aussi court.

(1) *Précis d'Anatomie pathologique*, tome 2.

XIVe OBSERVATION.

Épanchement de sang dans la partie moyenne de l'hémisphère droit. Autres épanchemens plus petits dans les parties antérieure et extérieure du même hémisphère. Perte subite de connaissance. Hémiplégie gauche. Mort le quatrième jour.

Un boulanger, âgé de 28 ans, entra à la Maison royale de santé dans la soirée du 20 octobre 1830. Cet homme avait beaucoup travaillé depuis quelque temps, et il avait coutume de boire chaque nuit jusqu'à six ou sept tasses de café à l'eau. Cependant il avait continué à jouir d'une bonne santé, lorsque, dans la matinée du 19 octobre, en préparant sa soupe, et avant de l'avoir mangée, il tomba tout à coup sans connaissance. On le saigna dans la journée. Conduit à la Maison de santé, il présenta l'état suivant dans la matinée du 20 octobre :

Perte complète de connaissance. Insensibilité et perte de mouvement de toute la moitié gauche du corps. Une pression assez forte, exercée avec le bout du doigt, sur la cornée transparente gauche, sur la conjonctive oculaire et palpébrale de ce côté, ne détermine pas le moindre mouvement, soit des paupières, soit du globe oculaire. La vue paraît être complètement perdue. Le pouls est petit, et bat cent fois par minute. La respiration est régulière, tranquille (28 inspirations par minute). Nous prescrivons deux pots de tisane d'orge miellée avec addition dans chaque pot de six gros de sulfate de soude; des sinapismes aux pieds.

Dans la journée, et pendant la nuit, agitation extrême, mouvemens brusques du côté non paralysé. Pouls toujours

petit, battant cent vingt fois par minute. Peau couverte d'une abondante sueur. Respiration plus accélérée.

A la visite du 21 octobre (huit heures du matin), agitation moindre. Gêne de la déglutition. Face plus injectée que la veille. Même état du reste. (*Trente sangsues à la partie droite du cou. Sinapismes aux extrémités inférieures. Sulfate de soude dans la tisane d'orge.*)

Le 22, même état.

Le 23, forte rougeur de la face; même état de l'œil et des membres du côté gauche; même défaut de connaissance; insensibilité du côté gauche de la face; pouls à 110; respiration un peu stertoreuse (*trente sangsues derrière l'oreille droite; sinapismes.*)

Dans la soirée, le pouls devient misérable et de plus en fréquent. Une sueur abondante et chaude inonde le malade; du râle trachial se fait entendre. Mort à quatre heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

48 heures après la mort.

Suffusion sanguine très prononcée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité de l'hémisphère droit; teinte rosée de la substance grise subjacente; gros caillot de sang épanché au centre de l'hémisphère droit, au niveau du centre ovale de Vieussens, en dehors du corps strié et de la couche optique qui sont intacts. Une orange pourrait être reçue dans la cavité qu'occupe ce caillot. Les parois de la cavité qui le contient présentent des débris de substance cérébrale qui flottent dans l'eau qu'on verse sur ses parois. Autour d'elle, dans l'étendue de quatre à cinq lignes, la sub-

stance cérébrale est ramollie et parsemée d'un grand nombre de points rouges.

Dans les parties antérieure et postérieure du même hémisphère existent plusieurs autres petits épanchemens de sang, avec ramollissement de la substance nerveuse qui les entoure. Là où elle est ramollie, la pulpe cérébrale offre une coloration rouge intense ; en certains endroits, c'est un simple pointillé ; en d'autres, c'est une teinte uniforme, comme si la substance du cerveau avait trempé dans une matière colorante rouge.

Cette observation est remarquable par la multiplicité des hémorrhagies qui eurent lieu simultanément, ou à très peu d'intervalle l'une de l'autre, dans l'hémisphère droit du cerveau. Autour de chaque épanchement de sang, du grand comme des petits, il y avait une injection intense du cerveau, avec diminution de sa consistance. L'hémorrhagie ne semble-t-elle pas être ici comme le dernier degré de cette lésion ? Du reste, si celle-ci précéda l'épanchement de sang, ce ne fut que de quelques secondes, ainsi que paraît le prouver la manière brusque dont débuta la maladie. Ce début fut marqué par une perte subite et complète de connaissance, qui persista jusqu'à la mort. Nous avons rarement rencontré une insensibilité aussi absolue de la conjonctive. Dans la plupart des cas où existe un état comateux, on voit encore les paupières se rapprocher, lorsqu'on vient à toucher la surface antérieure du globe oculaire : ici il n'en était pas ainsi, et l'œil gauche restait immobile, malgré les frottemens exercés sur la conjonctive. L'insensibilité absolue de cette membrane coïncidait avec une perte du sentiment dans le côté gauche

de la face. Tels sont plusieurs des phénomènes qu'on observe chez les animaux ou chez les hommes dont la cinquième paire de nerfs se trouve lésés. Cependant nous nous assurâmes après la mort que cette paire de nerfs était intacte.

XV[e] OBSERVATION.

Épanchement de sang au centre de chaque hémisphère. Perte subite de connaissance. Résolution des quatre membres. Mort le sixième jour.

Un gazier, âgé de 72 ans, entra à la Charité le 26 février, dans l'état suivant : coma profond ; insensibilité générale de la peau ; résolution des quatre membres qui retombent comme des masses inertes, lorsqu'on les abandonne à eux-mêmes, après les avoir soulevés. Aucune déviation des commissures des lèvres ; impossibilité de voir la langue ; paupières supérieures à moitié abaissées sur chacun des yeux ; aucun signe de vision ; léger clignottement, lorsqu'on vient à toucher les conjonctives. Pouls sans fréquence ; peau sans chaleur ; respiration râlante. Nous apprîmes que depuis quelque temps il était souvent arrivé à ce malade de *tomber en défaillance*. Le 25 février, à onze heures du soir, il en avait eu une plus prolongée que les autres, et il n'était plus revenu à lui : voilà tout ce qu'on nous dit. Aucun changement n'eut lieu jusqu'à la mort qui arriva le 4 mars à cinq heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Infiltration séreuse de la pie-mère de la convexité des hémisphères. A la réunion du tiers postérieur, avec les deux tiers antérieurs de l'hémisphère droit, à un pouce seu-

lement au-dessous de la surface supérieure de ce même hémisphère, et à deux pouces du point de jonction de cette surface supérieure avec l'interne, existe une cavité qui aurait pu à peine contenir une noisette, et que remplit un sang noir coagulé. Autour d'elle la substance nerveuse a sa consistance et sa couleur normale. Dans l'hémisphère gauche, à peu près au même endroit, on trouve une cavité du même diamètre, également remplie de sang coagulé, sans ramollissement, ni injection insolite autour d'elle. Il n'existe aucune autre lésion appréciable dans le reste de l'encéphale. Les ventricules ne contiennent que peu de sérosité.

Thorax. Poumons engoués; plaques blanches à la surface extérieure du cœur; hypertrophie des parois du ventricule gauche; incrustation osseuse à la base de la valvule mitrale; plaques osseuses dans l'aorte.

Abdomen. Les organes contenus dans cette cavité n'ont pas été examinés.

Nous avons cité cette observation, incomplète sous quelques rapports, parce qu'elle nous montre un exemple frappant du désaccord qui existe si souvent entre la gravité des symptômes et l'intensité des lésions. Les symptômes étaient ceux d'une hémorrhagie cérébrale très forte. On aurait pu annoncer, par analogie avec ce qu'on observe le plus ordinairement, qu'une grande partie d'un des hémisphères était le siége d'un vaste foyer hémorrhagique. Il n'en était rien cependant : l'épanchement était très peu considérable, mais il était double; et l'exacte ressemblance des deux épanchemens, leur grandeur pareille, leur situation dans la même partie de chaque hémisphère, l'état sain de la substance cérébrale

de chacun d'eux, ne sont pas les circonstances les moins curieuses de cette observation. Est-ce parce que l'hémorrhagie était double, que, toute faible qu'elle était, elle donna lieu à d'aussi graves symptômes? Mais nous allons voir, dans l'observation suivante, une hémorrhagie également double n'être pas suivie de la mort qui a eu lieu, par une autre cause, au bout de neuf ans.

XVIe OBSERVATION.

Kyste séreux dans chaque hémisphère cérébral. Ancienne attaque d'apoplexie. Mort neuf ans après cette attaque.

Une femme, âgé de 68 ans, nous raconte, lors de son entrée à l'hôpital de la Pitié, que neuf ans auparavant elle avait eu une attaque d'apoplexie, pour laquelle elle avait gardé le lit au moins deux ans, parce que durant ce temps, disait-elle, ses membres étaient impotens; puis elle avait commencé à se lever, et ses membres peu à peu avaient repris leur force accoutumée. Lorsqu'elle fut soumise à notre observation, elle ne présentait aucune trace de paralysie, et son intelligence était parfaite. Cette femme était d'ailleurs atteinte d'une affection carcinomateuse de l'estomac, à laquelle elle succomba un mois environ après son entrée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. A deux pouces environ au-dessous de la face supérieure de l'hémisphère droit, à l'union des deux cinquièmes antérieurs, avec les trois cinquièmes postérieurs de cet hémisphère, non loin du point où sa face supérieure s'incline

pour devenir externe, existe un petit kyste à parois lisses et transparentes, rempli d'une sérosité limpide, sans altération du parenchyme cérébral autour de lui : aucune altération ne peut être découverte dans cet hémisphère. Mais dans l'hémisphère opposé, au niveau et en dehors de la partie moyenne du corps strié, on trouve un second kyste séreux exactement semblable au précédent.

Thorax. Poumons et cœur à l'état normal; quelques incrustations osseuses dans l'aorte.

Abdomen. Ulcère cancéreux sur la face postérieure de l'estomac.

Dans ce cas, comme dans le précédent, du sang s'épancha à la fois au sein de chaque hémisphère cérébral; car la malade nous assura bien qu'elle n'avait eu qu'une seule attaque d'apoplexie. Mais tandis que dans le premier de ces deux cas, une mort rapide eut lieu, dans le second, au contraire, non seulement la terminaison ne fut pas mortelle, mais au bout de quelques années on vit disparaître complètement tous les symptômes qui auraient pu annoncer la persistance de quelque altération dans le cerveau. Ainsi, dans ce cas, la cessation des désordres fonctionnels précéda de long-temps la disparition complète de la lésion qui les avait causés.

XVII[e] OBSERVATION.

Kyste séreux dans chaque hémisphère cérébral. Attaque d'apoplexie 22 ans avant la mort. Hémiplégie du côté opposé à celui où existe le kyste le moins considérable.

Un homme, âgé de 69 ans, avait eu une attaque d'apo-

plexie vingt-deux ans avant d'entrer à l'hôpital de la Pitié. Il a conservé, depuis ce temps, une faiblesse des membres du côté droit; ces membres peuvent cependant se remuer. Lorsque ce malade fut soumis à notre observation, son intelligence était singulièrement obtuse; et ceux qui l'amenèrent disent que depuis long-temps il était tombé en enfance. Les battemens du cœur avaient une forte impulsion, et étaient en même temps fréquens; le pouls était très petit, à peine sensible, plus rare que les battemens du cœur. Bientôt la langue noicit et se sécha; la respiration s'accéléra notablement, et le malade succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Infiltration séreuse considérable de la pie-mère de la convexité, et de celle de la base; ventricules latéraux dilatés par une sérosité limpide fort abondante. A l'union des deux tiers antérieurs, avec le tiers postérieur du corps strié gauche, à égale distance à peu près de ses côtés externe et interne, à quatre lignes au-dessous de sa face supérieure, on trouve une cavité dans laquelle aurait pu se loger une noisette, et que remplit une sérosité limpide : une membrane jaunâtre, sans organisation apparente, en tapisse les parois. Autour d'elle, la substance cérébrale a un aspect normal sous le double rapport de sa couleur et de sa consistance.

En dehors du corps strié droit, vers le milieu de son épaisseur, existe une seconde cavité, semblable à la précédente; mais qui a au moins deux fois son étendue.

Thorax. Hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon droit; emphysème vers le sommet du poumon droit. L'une des côtes gauches, près de son angle, est carié; le

pus qui s'en écoule est amassé en foyer à l'intérieur de la plèvre, où de fausses membranes le circonscrivent de toutes parts.

Les parois du cœur ne présentent aucune hypertrophie. Les cavités gauches paraissent un peu dilatées. Leur surface interne est pâle, ainsi que celle du côté droit : elles sont remplies de caillots fibreux dépouillés de matière colorante. Les différens orifices du cœur sont libres; une des valvules aortique (une des latérales) présente à sa partie moyenne une petite ossification semblable à une aiguille qui s'étend perpendiculairement de son bord adhérent à son bord libre, et qui ne peut nullement gêner le jeu de cette valvule. Rien d'anormal dans le péricade; une légère tache blanche en un point de son étendue. Surface interne de l'aorte un peu rugueuse, parsemée de plaques cartilagineuses encore peu considérables.

Abdomen. Teinte grisâtre de la surface interne de l'estomac; mamelonnement de la muqueuse vers le pylore; quelques arborisations dans l'intestin grêle; foie gorgé de sang.

Voilà encore un cas où une hémorrhagie a eu lieu dans chacun des hémisphères; mais nous ne savons plus si toutes deux se sont effectuées simultanément ou successivement. Toujours est-il que malgré le très long laps de temps écoulé depuis l'attaque d'apoplexie, la paralysie persistait; mais seulement d'un côté, bien qu'une double lésion existait dans le cerveau. L'état d'enfance dans lequel était tombé le malade peut s'expliquer par la grande quantité de sérosité qui dilatait les ventricules.

Section deuxième.

Résumé.

Nous nous proposons surtout dans ce résumé de faire ressortir les différens désordres fonctionnels auxquels donne lieu l'hémorrhagie cérébrale, et de rechercher jusqu'à quel point les différences que ces désordres présentent peuvent être toujours expliquées, soit par l'étendue de l'épanchement, soit par la différence même de son siége.

CHAPITRE PREMIER.

LÉSIONS DE LA MOTILITÉ.

Le symptôme le plus caractéristique de l'hémorrhagie cérébrale est la paralysie. Nous ne connaissons pas d'exemple d'hémorrhagie tant soit peu considérable, effectuée dans le parenchyme des hémisphères cérébraux, qui n'ait été accompagnée d'une diminution plus ou moins complète, plus ou moins étendue, plus ou moins durable de la motilité. On a pu voir dans les observations particulières que nous avons citées qu'un très petit épanchement était nécessaire pour produire la paralysie; qu'en général son intensité était en raison directe de l'étendue de l'épanchement, qu'elle avait

également lieu, quels que fussent les points lésés des hémisphères cérébraux, et qu'enfin les différences du lieu où s'accomplissait l'hémorrhagie n'en apportaient guère dans les endroits du corps où survenait la paralysie. Nous ne faisons qu'indiquer ici cette dernière considération, sur laquelle nous aurons occasion de revenir encore.

La paralysie se manifeste au moment même où le sang s'épanche. Elle acquiert tout à coup son plus haut degré d'intensité, puis elle reste stationnaire, ou va en diminuant. Tantôt les parties qui en sont frappées n'avaient jusqu'alors présenté aucun trouble sous le double rapport de leur sensibilité ou de leur motilité; tantôt, au contraire, les malades avaient éprouvé dans ces parties des fourmillemens incommodes, des engourdissemens permanens ou passagers, un refroidissement singulier, une sensation de pesanteur, une faiblesse insolite. Ces différens phénomènes peuvent annoncer deux choses : ou bien l'existence d'une lésion constante dans le point même du cerveau où plus tard aura lieu l'hémorrhagie, comme une simple congestion sanguine habituelle, un ramollissement encore léger, une production accidentelle ; ou bien le retour plus ou moins fréquent d'une congestion cérébrale plus forte dans le point du cerveau où le sang s'épanchera : ce sera là, si l'on veut, le *molimen hæmorrhagicum*.

La paralysie qui suit l'hémorrhagie cérébrale présente de grandes variétés sous le rapport de son siége, et l'anatomie pathologique est loin de pouvoir toujours assigner une cause à ces nombreuses variétés.

Cette paralysie doit d'abord être distinguée en générale et en partielle. La première existe, lorsque les deux côtés du corps, soit dans leur totalité, soit dans quelques-unes de leurs

parties, sont à la fois privés de mouvement. Nous avons observé cette paralysie générale dans les trois cas suivans :

1er *cas*. Hémorrhagie simultanée ou successive dans les deux hémisphères.

2e *cas*. Hémorrhagie considérable dans un seul hémisphère, avec destruction des parois du ventricule latéral correspondant, irruption du sang dans ce ventricule, et de celui-ci dans les autres cavités cérébrales, soit à travers les orifices naturels de communication, soit à travers la cloison transparente déchirée.

3e *cas*. Hémorrhagie dans un seul hémisphère, sans épanchement de sang dans les ventricules, mais assez considérable pour avoir réduit en détritus la plus grande partie de la substance de cet hémisphère.

Dans le cas de paralysie générale, les quatre membres soulevés, retombent comme des masses inertes, et toujours cet état coïncide avec la perte de connaissance et un coma profond. Tantôt elle persiste, et alors la terminaison de la maladie est constamment fatale. Tantôt, au bout d'un temps assez court, elle se dissipe, et il ne reste plus qu'une simple hémiplégie.

Du reste, l'existence de la paralysie générale indique d'une manière beaucoup moins sûre une hémorrhagie cérébrale que ne l'indique la paralysie d'une seule moitié du corps. On la retrouve en effet dans une foule d'affections du cerveau très différentes les unes des autres.

La paralysie partielle, survenue subitement, est au contraire un des meilleurs signes de l'hémorrhagie des hémisphères cérébraux. Cette paralysie partielle, infiniment plus commune que la précédente, varie d'ailleurs beaucoup relativement au nombre des parties qui en sont atteintes. Quelles

que soient ces parties, on peut établir comme une loi que la paralysie occupe le côté du corps opposé à l'hémisphère où a eu lieu l'épanchement de sang. Les cas dans lesquels le contraire a été observé sont encore si peu nombreux que, tout en tenant compte de ces cas, on ne peut les considérer que comme de très rares exceptions à la loi que nous venons de poser, exceptions qui n'ont pu encore être expliquées. Du reste, il n'est pas plus facile de dire pourquoi l'hémorrhagie d'un hémisphère produit la paralysie dans le côté opposé du corps. On a cru pouvoir expliquer ce phénomène par l'entrecroisement des fibres de la partie supérieure de la moelle épinière; mais d'abord cette explication ne saurait être valable que pour la paralysie des membres, et on ne peut plus y avoir recours pour d'autres parties, pour la face, par exemple, dont la paralysie, comme celle des membres, a constamment lieu du côté opposé à celui de l'hémorrhagie, bien que les nerfs qui vont se distribuer aux muscles de la face prennent naissance au-dessus de l'entrecroisement des fibres de la moelle.

La paralysie qu'on observe le plus souvent à la suite d'une hémorrhagie des hémisphères cérébraux, est celle des deux membres du côté du corps opposé à celui où l'épanchement de sang a eu lieu. Les observations que nous avons citées nous ont montré qu'une hémorrhagie très peu considérable, qui intéresse à peine un pouce carré de la substance des hémisphères, peut donner lieu à cette hémiplégie. Elles nous ont aussi prouvé que l'hémiplégie se produit également, quel que soit le point des hémisphères où se soit effectué l'épanchement de sang. Ainsi nous l'avons retrouvée dans des cas où l'hémorrhagie n'avait pas dépassé la superficie des circonvolutions, comme dans ceux où elle avait eu lieu au centre même de l'un ou l'autre hémisphère. Nous avons aussi con-

staté l'existence de cette même hémiplégie dans des cas d'hémorrhagies exactement limitées aux lobules antérieur, moyen, ou postérieur d'un hémisphère, aux couches optiques, aux corps striés, et enfin aux seuls pédoncules cérébraux.

Lorsque les deux membres sont simultanément frappés de paralysie, ils peuvent l'être à un égal degré ; mais ce cas est le plus rare ; et bien plus ordinairement c'est dans le membre supérieur que la perte de mouvement est la plus complète. Rien de plus commun que de trouver ce membre complètement immobile, en même temps qu'on voit la jambe et la cuisse du même côté se remuer encore un peu par la volonté du malade : souvent même la jambe exécute dans le lit des mouvemens assez étendus ; ils sont seulement un peu plus lents que ceux de la jambe du côté opposé, et le malade ne s'aperçoit lui-même qu'un de ses membres abdominaux est lésé que lorsqu'il vient à marcher ; alors on le voit traîner légèrement une des jambes, ou ne se soutenir sur elle que d'une manière mal assurée.

Le moment où l'hémiplégie s'établit coïncide dans bien des cas avec une perte complète de connaissance, et alors la chute peut avoir lieu indifféremment dans tous les sens. Mais lorsque cette perte de connaissance n'a pas lieu, le malade sent tout à coup se dérober sous lui le membre abdominal qui vient d'être frappé de paralysie ; et il tombe, comme une masse, du côté de l'hémiplégie, bien qu'il conserve toute sa connaissance. Dans la plupart des observations publiées sur l'hémorrhagie cérébrale, on n'a point assez cherché à distinguer les cas où la chute est causée par la seule paralysie instantanément survenue, d'avec ceux où elle coïncide avec la perte de connaissance.

L'hémorrhagie des hémisphères cérébraux peut aussi ne

produire que la paralysie d'un seul membre, tantôt du membre thoracique, tantôt du membre abdominal. La paralysie isolée du premier de ces membres nous a paru plus commune que celle du second. Nous avons dans ce moment sous les yeux, à l'hôpital de la Pitié, un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, qui, s'étant couché très bien portant, fut fort étonné en se réveillant de ne pouvoir plus imprimer aucun mouvement à son bras gauche, et de ne plus voir de l'œil droit. Cet homme est depuis cinq mois paralysé du membre thoracique gauche, et privé de la vue à droite. Nulle part ailleurs il n'y a la moindre trace de paralysie; il n'éprouve aucun mal de tête; il n'a pas d'étourdissemens, son intelligence est intacte, et jamais elle n'a été troublée un seul instant.

Dans ces derniers temps, quelques faits ont été publiés dans le but de prouver que la paralysie des membres thoraciques dépend d'une lésion bornée aux couches optiques ou à la masse nerveuse située à leur niveau et derrière elles, et que la paralysie des membres abdominaux dépend d'une lésion des corps striés ou de la masse nerveuse située à leur niveau ou au devant d'eux. Pour déterminer l'exactitude de cette opinion, nous avons aussi interrogé les faits. Or, ne prenant que ceux dans lesquels la lésion était parfaitement limitée, nous en avons trouvé 75 dans lesquels cette lésion (hémorrhagie ou autre) était assez exactement circonscrite pour qu'ils pussent servir à la solution de la question qui nous occupe.

Sur ces soixante-quinze cas, nous en avons compté quarante dans lesquels les deux membres d'un côté étaient à la fois paralysés. Sur ces quarante cas, il y en avait vingt un dans lesquels il n'y avait de lésés que le lobule antérieur ou le corps strié; il y en avait dix-neuf dans lesquels la lésion avait pour siége le lobule postérieur ou la couche optique.

Sur ces mêmes soixante-quinze cas, nous en avons trouvé vingt-trois dans lesquels la paralysie était bornée au seul membre thoracique, dont onze avec lésion du corps strié ou du lobule antérieur; dix avec lésion de la couche optique ou du lobule postérieur; deux avec lésion du lobule moyen.

Enfin, sur ces soixante-quinze mêmes cas, nous en avons trouvé douze autres dans lesquels la paralysie était bornée au seul membre thoracique, dont dix avec lésion du corps strié ou du lobule antérieur, et deux avec lésion de la couche optique ou du lobule postérieur.

De ces faits comment ne pas conclure que, dans l'état actuel de la science, on ne peut encore assigner dans le cerveau un siége distinct aux mouvemens des membres supérieur et inférieur? Sans doute ce siége distinct existe, puisque chacun de ces membres peut se paralyser isolément; mais nous ne le connaissons point encore.

En même temps que les membres d'un côté du corps sont frappés de paralysie, d'autres parties peuvent l'être à divers degrés: ces parties sont dans la plupart des cas les suivantes:

Les globes oculaires.

Les paupières.

Les différentes parties de la face.

Les lèvres.

La langue.

Le cou.

Le larynx.

Le pharynx et l'œsophage.

La vessie.

Le rectum.

De toutes ces parties, il n'en est aucune dont la paralysie soit aussi commune que celle des membres, et elle ne se mon-

tre pas dans toutes les autres avec une égale fréquence. Ainsi les différentes parties de la face et la langue en sont plus souvent le siége que les autres parties ci-dessus désignées. Suivons cependant la paralysie dans chacune d'elles.

La paralysie des muscles qui impriment le mouvement aux globes oculaires se dénote par la déviation constante de ces globes dans un sens ou dans l'autre; c'est alors le strabisme qu'on observe le plus communément : mais ce phénomène lui-même est fort rare, et on ne le trouve presque jamais noté dans les nombreuses observations publiées sur l'hémorrhagie cérébrale; nous ne l'avons nous-mêmes rencontré que dans un petit nombre de cas. Pour qu'il se produise, il faut que les muscles antagonistes de ceux qui portent le globe de l'œil en bas et en dedans soient frappés de paralysie.

Les muscles qui constituent les parois des joues perdent beaucoup plus fréquemment que les précédens la faculté de se contracter, dans les cas d'hémorrhagie des hémisphères cérébraux. C'est surtout le buccinateur dont la paralysie est la plus appréciable. Chaque fois que le malade fait une expiration, on voit une des joues se distendre passivement, en même temps que la moitié des lèvres correspondante; et lorsque plus tard le malade veut exercer l'acte de la mastication, les alimens introduits dans la bouche et portés du côté du buccinateur paralysé ne peuvent plus être repoussés par lui, et s'amassent entre la joue et les dents jusqu'à ce qu'une force mécanique vienne à les en chasser.

Dans tous les cas que nous avons observés nous-mêmes, et dans tous ceux publiés avec assez de détail pour qu'on puisse en tirer quelque parti, la paralysie du muscle buccinateur a existé du même côté que la paralysie des membres.

La distension passive d'une des joues à chaque expiration, d'où résulte le phénomène connu sous le nom d'*action de fumer la pipe*, ne nous a paru d'ailleurs se montrer en général que dans des cas très graves, et lorsqu'il y avait eu en même temps perte de connaissance.

Les muscles qui impriment le mouvement aux lèvres conservent souvent toute la facilité de leurs mouvemens; alors les commissures des lèvres ne présentent aucune déviation. Mais d'autres fois ces muscles sont frappés de paralysie; et, par suite de la rupture de leur antagonisme, la commissure des lèvres opposée à celle qui est paralysée est tirée en dehors, et en même temps elle s'incline tantôt en haut, tantôt en bas. Dans l'immense majorité des cas, la déviation de la commissure des lèvres existe du côté opposé à l'hémiplégie; c'est par conséquent du même côté que la paralysie des membres qu'a lieu la paralysie des muscles auxquels les lèvres doivent leurs mouvemens. Souvent dans l'immobilité, et tant que la bouche est fermée, elle ne paraît nullement déviée; mais sa déviation devient sensible, lorsque le malade parle ou qu'il rit.

Le degré de déviation de la bouche n'est pas toujours en raison directe du degré même de l'hémiplégie. Nous l'avons trouvée très marquée dans des cas où la paralysie des membres était très légère : nous l'avons vue manquer dans d'autres cas où l'hémiplégie était complète.

La langue, considérée sous le rapport de ses mouvemens, présente des états fort différens chez les individus atteints d'hémorrhagie cérébrale. Il est d'abord un grand nombre de malades chez lesquels ses mouvemens restent parfaitement libres. Il en est qui, après être restés quelques minutes sans pouvoir parvenir à tirer la langue, semblent tout à coup recouvrer la

liberté de ses mouvemens; ils la projettent brusquement hors de la bouche, à la suite d'un grand effort; mais ils ne peuvent ainsi réussir à rendre à la langue quelques mouvemens qu'à de longs intervalles. Chez d'autres, au contraire, ces mouvemens sont complètement abolis. Quelque effort que fassent les malades, il leur est impossible de tirer leur langue hors de la bouche. Dans cet état, tantôt ils peuvent encore articuler avec assez de facilité, parce que la langue, qui ne peut pas s'avancer au devant des lèvres, peut cependant encore exécuter des mouvemens à l'intérieur de la bouche; tantôt ils ne parlent plus qu'en bredouillant; tantôt enfin ils ne peuvent plus même prononcer la moindre parole, et tout mouvement de la langue est complètement perdu.

D'autres malades peuvent bien tirer la langue hors de la bouche; mais elle ne sort pas droite de cette cavité, et sa pointe se dévie sensiblement à droite ou à gauche. Dans les observations particulières que nous avons rapportées, il s'est trouvé que, toutes les fois que la pointe de la langue était inclinée, elle l'était du côté où existait la paralysie des membres. Ce cas nous paraît être beaucoup plus commun que le cas inverse; celui-ci cependant a été aussi quelquefois observé; et, au moment même où nous écrivons ces lignes, il existe dans nos salles de la Pitié deux individus devenus hémiplégiques du côté droit par suite d'une hémorrhagie cérébrale, chez lesquels la langue se porte très notablement à gauche en sortant de la bouche. Chez tous deux, les membres droits ne sont paralysés qu'à un faible degré. On n'a jusqu'à présent proposé que des hypothèses, pour expliquer toutes ces modifications des mouvemens de la langue. Contentons-nous donc d'en avoir bien constaté l'existence.

La paralysie des muscles du cou a été fort rarement ob-

servée dans l'hémorrhagie cérébrale. La tête s'incline alors du côté paralysé, en même temps que la face se tourne du côté opposé. Pour notre part, nous n'avons jamais observé cette paralysie, comme suite d'un épanchement de sang dans l'un des hémisphères cérébraux.

La paralysie des muscles qui servent à la respiration ne s'observe que dans les cas les plus graves, dans ceux auxquels on a donné le nom d'apoplexie froudroyante.

Dans un très petit nombre de cas, on a constaté l'existence d'une aphonie complète et subitement survenue. On l'a attribuée à une paralysie des muscles intrinsèques du larynx.

La paralysie de la couche musculaire du pharynx et de l'œsophage ne s'observe que dans les cas les plus graves, et c'est ordinairement un signe mortel. Quelquefois cependant on la voit cesser, la déglutition redevient possible, et le malade se rétablit. Dans des cas encore plus rares, la dysphagie a été un des phénomènes précurseurs d'une attaque d'apoplexie. Ainsi le docteur Flandin a publié l'observation d'un jeune homme, âgé de 28 ans, qui, à la suite de fortes contentions d'esprit, fut tout à coup pris de malaise; et, voulant boire, éprouva à la gorge un serrement qui l'empêcha d'avaler : une saignée fut pratiquée. Dans la nuit suivante, les membres gauches cessèrent tout à coup de se mouvoir et de sentir; la parole s'embarrassa, et le côté gauche de la face présenta des contractions spasmodiques. Les trois jours suivans, les mêmes symptômes persistèrent; toute déglutition était impossible; et, pendant plusieurs jours, on ne put introduire quelque liquide dans l'estomac qu'à l'aide d'une sonde que recevait l'œsophage. Le treizième jour, pour la première fois, l'introduction de la sonde fut pénible

pour le malade, comme si la sensibilité commençait à reparaître dans les parties que cet instrument traversait. Dès le lendemain, quatorzième jour, la déglutition put s'opérer, et depuis elle s'accomplit parfaitement bien. L'hémiplégie gauche n'en persista pas moins.

La paralysie de la vessie est loin d'être un phénomène commun chez les individus que l'on examine assez long-temps après qu'ils ont été frappés d'hémorrhagie cérébrale. La plupart des anciens apoplectiques que nous recevons dans nos hôpitaux ne la présentent pas. Très peu aussi rendent involontairement leurs matières fécales, et il est douteux que la constipation plus ou moins opiniâtre qu'éprouvent beaucoup d'entre eux dépende d'une paralysie du rectum. Nous reviendrons plus tard sur la cause de ce phénomène, en parlant de l'état des voies digestives chez les apoplectiques.

Une fois produite, la paralysie qui est vraiment le résultat d'une hémorrhagie cérébrale présente pour caractère essentiel de persister, lors même que tous les autres symptômes qui l'accompagnaient ont disparu. Lorsque la mort survient au bout de quelques jours, la paralysie ne cesse qu'avec la vie; lorsqu'au contraire la mort n'a lieu que plusieurs mois ou plusieurs années après l'attaque d'apoplexie, trois cas peuvent ici se présenter : ou bien la paralysie persiste dans toute son intensité jusqu'à la mort du malade; ou bien elle diminue progressivement, sans disparaître d'une manière complète; ou bien enfin elle disparaît tout-à-fait.

Dans le premier de ces trois cas, tantôt la paralysie reste simple, et aucune autre lésion de la motilité ne vient la compliquer; tantôt elle s'accompagne, au bout d'un temps plus ou moins long, d'un certain degré de raideur, et même d'une véritable contracture. Lorsqu'il en est ainsi, on trouve ordi-

nairement à l'ouverture des cadavres différentes altérations autour du foyer hémorrhagique, soit un ramollissement plus ou moins étendu, soit une induration considérable de la substance cérébrale. Souvent aussi, en pareil cas, les membres paralysés s'atrophient d'une manière notable; ce qui dépend vraisemblablement de leur immobilité prolongée.

Dans le second cas que nous avons signalé, il y a, avons-nous dit, diminution graduelle de la paralysie; mais au bout d'un grand nombre d'années on en trouve encore des traces : les membres peuvent bien exécuter d'assez nombreux mouvemens; mais ils n'ont point l'agilité de ceux du côté opposé : ils paraissent lourds au malade qui les soulève péniblement; les doigts restent habituellement fléchis, et la main ne peut pas serrer fortement les objets qu'on lui présente; les malades peuvent marcher, mais ils traînent un peu la jambe. Lorsqu'en pareil cas on a occasion d'examiner les hémisphères cérébraux, on retrouve en un point de ces hémisphères la trace d'une ancienne hémorrhagie, soit un kyste séreux, soit une ligne blanchâtre oblongue entourée d'une portion de parenchyme un peu indurée. Nous avons vu un cas dans lequel une seconde attaque d'apoplexie vint terminer les jours d'un individu qui, vingt-sept ans auparavant, en avait eu une première. Cet homme avait conservé, dans l'intervalle qui s'écoula entre ses attaques, une simple faiblesse des deux membres du côté gauche; il s'en servait, mais moins librement que de ceux du côté opposé. Nous trouvâmes vers le milieu de la couche optique droite une ligne dure d'un blanc mat, criant sous le scalpel, ayant d'avant en arrière six lignes d'étendue. Autour d'elle il n'y avait aucune altération de la substance nerveuse. Un épanchement sanguin récent existait en un autre point du cerveau.

Le troisième cas que nous avons signalé est celui où, au bout d'un temps plus ou moins long, la paralysie disparaît complètement, soit dans toutes les parties qui en ont été atteintes, soit dans quelques-unes seulement. Les parties dans lesquelles elle disparaît d'abord, sont le plus ordinairement la langue, les lèvres, la face, et en dernier lieu les membres. Presque toujours la jambe recouvre ses mouvemens avant le bras, et il est des cas où les malades sont arrivés au point de se servir également des deux membres abdominaux, bien que l'un des membres thoraciques soit encore beaucoup plus faible que l'autre.

Lorsqu'on a l'occasion d'examiner l'encéphale des individus chez lesquels une paralysie, qui a long-temps existé, a fini par disparaître, il peut arriver qu'on ne trouve dans la substance nerveuse aucune altération appréciable; la ligne blanchâtre, dernier vestige de l'hémorrhagie, a elle-même cessé d'exister. Mais d'autres fois, ainsi que nous l'ont montré plusieurs de nos observations, on découvre encore dans les hémisphères des lésions diverses, telles que des kystes de grandeur variable; et cependant, bien long-temps avant la mort, toute espèce de paralysie avait disparu. Ainsi voilà un même état du cerveau avec lequel, suivant les individus, peut manquer ou exister la paralysie; preuve nouvelle à ajouter à tant d'autres qui nous montrent sans cesse que, par-delà les conditions morbides appréciables sur le cadavre, il y en a d'autres tout aussi importantes, qui échappent aux investigations anatomiques, et qui ajoutent leur toute-puissante influence à celle des premières, pour permettre ou empêcher la manifestation des désordres fonctionnels.

Nous avons déjà vu que, dans les cas de paralysie ancienne, les membres privés depuis long-temps de mouvement devien-

nent raides, ou présentent d'une manière plus ou moins marquée le phénomène de la contracture. Mais ce n'est pas tout : il y a des cas où, dès les premiers temps qui suivent l'hémorrhagie, des mouvemens spasmodiques, des convulsions apparaissent par intervalles dans les membres paralysés, et en même temps aussi le côté de la face privé de mouvement, est agité de contractions plus ou moins vives. Il semble alors qu'en vertu de dispositions toutes individuelles le sang épanché agit comme un stimulant sur le tissu nerveux, d'où irritation de celui-ci, et apparition des phénomènes que nous venons de signaler. Dans des cas de ce genre, tantôt nous n'avons trouvé, après la mort, aucune lésion particulière autour du sang épanché ; tantôt nous avons rencontré autour de lui, soit une vive injection de la substance nerveuse, soit une notable diminution de sa consistance, avec coloration rouge plus ou moins prononcée. De telle sorte qu'ici encore les mêmes désordres fonctionnels se présentent, soit que l'on trouve ou non sur le cadavre des altérations pour les expliquer.

On rencontre aussi de temps en temps des cas d'hémorrhagie cérébrale dans lesquels, en même temps qu'un côté du corps est frappé de paralysie, l'autre est agité de mouvemens convulsifs. Il y a en pareille circonstance stimulation anormale de l'hémisphère opposé à celui où a eu lieu l'hémorrhagie. Les traces appréciables de cette stimulation se trouvent d'ailleurs tantôt dans la substance nerveuse elle-même qui est injectée ou ramollie, tantôt dans les méninges qui sont rouges, épaissies, infiltrées de pus, etc.

CHAPITRE II.

LÉSIONS DE LA SENSIBILITÉ.

Ces lésions sont beaucoup moins constantes dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, que celles de la motilité; et jusqu'à présent il a été impossible de saisir, dans la nature ou dans le siége des altérations du cerveau, la cause qui tantôt laisse intacte la sensibilité, et tantôt en détermine l'abolition plus ou moins complète.

Quoi qu'il en soit, nous allons suivre ces lésions de la sensibilité : 1° dans la peau; 2° à la surface des diverses membranes muqueuses susceptibles d'être touchées; 3° dans les quatre organes de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat; 4° dans l'encéphale lui-même.

I. LÉSIONS DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE.

Elles doivent être étudiées à deux époques : avant que n'ait eu lieu l'hémorrhagie, et après qu'elle s'est accomplie.

Avant le moment où survient l'hémorrhagie, beaucoup d'individus n'éprouvent rien de particulier vers la périphérie cutanée, mais chez d'autres il n'en est point ainsi. La pulpe des doigts devient le siége de sensations diverses; plusieurs malades se plaignent d'éprouver dans cette partie un refroidissement singulier, une sorte d'engourdissement semblable à celui qui se fait ressentir, lorsqu'on a plongé la main dans de l'eau glacée. D'autres individus accusent vers l'extrémité des doigts des picotemens, ou des fourmillemens incommodes;

à d'autres, enfin, il semble qu'une étoffe est interposée entre la peau de leurs doigts et le corps qu'ils veulent toucher, tant leur sensibilité s'est émoussée.

Ces sensations diverses peuvent être bornées aux mains ; elles peuvent s'étendre aux pieds ; elles peuvent aussi se montrer en d'autres points, soit des membres, soit même de la face ou du tronc. Nous avons recueilli l'observation d'un homme qui, plusieurs mois avant d'être frappé d'apoplexie, éprouvait de temps en temps une perte absolue de sentiment dans quelques points isolés de la peau du thorax. Chacun de ces points qui étaient au nombre de cinq à six, aurait pu admettre une pièce de cinq francs environ. Là, on pouvait pincer fortement la peau, sans que le malade parût ressentir la moindre douleur ; hors de ces points la sensibilité était intacte, et elle reparaissait brusquement dans toute son intégrité. Ces abolitions partielles de la sensibilité n'existaient pas d'ailleurs constamment ; il y avait des jours où nulle part la sensibilité ne présentait la moindre diminution ; puis tout à coup elle était anéantie dans les points que nous indiquions tout à l'heure. Un autre malade, sorti de l'hôpital de la Pitié après y avoir été traité par nous d'un érysipèle intense qui avait eu pour siége principal la partie gauche de la face, du crâne, du cou et du dos, y rentra, au bout de deux mois, avec une perte complète de la sensibilité des diverses parties de la peau où avait résidé l'érysipèle. Ainsi la peau de la face du côté gauche, celle du cuir chevelu du même côté, et celle du cou et de la nuque à partir de la ligne médiane jusqu'au niveau du moignon de l'épaule avait perdu tout sentiment. De ce même côté, l'ouïe, la vue, l'odorat et le goût avaient aussi presque complètement disparu. La motilité des parties devenues insensibles n'avait pas subi la

moindre altération. Ce malade éprouvait depuis six semaines des étourdissemens presque continuels, et c'était à peu près depuis la même époque qu'il avait commencé à perdre la sensibilité dans toute la portion de la peau frappée naguère d'érysipèle. N'y avait-il pas eu dans ce cas affection spéciale de la cinquième paire de nerfs ?

Les perversions de sensibilité cutanée qui précèdent l'attaque d'apoplexie peuvent se montrer toujours dans le même point, ou en affecter plusieurs tour à tour; elles peuvent se manifester dans les deux côtés du corps à la fois, ou se borner à un seul, et dans ce dernier cas le côté du corps où on les observe sera ordinairement celui qui plus tard deviendra paralysé.

Rien de plus variable que la durée du temps qui peut s'écouler entre le moment où la sensibilité commence à se léser, et celui où arrive l'attaque d'apoplexie. Chez plusieurs individus, nous n'avons vu la sensibilité se modifier que peu de jours avant l'apparition des symptômes de l'hémorrhagie cérébrale; chez d'autres, les engourdissemens, les fourmillemens des membres se sont montrés quelques années avant l'invasion de l'hémorrhagie. Un cas bien remarquable sous ce rapport est le suivant :

Une femme entra à la Pitié avec une hémiplégie du côté droit : cette hémiplégie existait chez elle depuis trois mois; elle était survenue subitement, accompagnée des symptômes ordinaires d'une attaque d'apoplexie. La malade, âgée de 53 ans, à l'époque de son entrée dans nos salles, avait commencé à éprouver, dès l'âge de 17 ans, peu de temps après sa première menstruation, une sensation de fourmillement dans la main droite. Ce fourmillement ne se montra d'abord qu'à d'assez longs intervalles; puis il devint continu, et s'accom-

pagna alors d'un fourmillement semblable dans le pied et dans la jambe du même côté. Cette femme ne fut d'ailleurs que très peu sujette et à la céphalalgie et aux étourdissemens jusqu'à l'âge de 52 ans où elle fut, pour la première fois, frappée d'apoplexie.

Suivons maintenant les modifications que peut subir la sensibilité cutanée, après qu'est survenue l'hémorrhagie cérébrale.

L'abolition de la sensibilité n'accompagne pas toujours la perte du mouvement. Lorsqu'elle a lieu, c'est ordinairement dans les parties dont la motilité a été modifiée qu'elle a son siége. Nous avons vu cependant quelques cas dans lesquels il n'en était point ainsi. Chez un homme, par exemple, entré à l'hôpital de la Pitié dans le courant de l'année 1831, voici ce que nous observâmes :

Cet individu, âgé de 60 ans environ, après avoir éprouvé long-temps une douleur de tête qui avait son siége principal dans la partie latérale antérieure droite du crâne, perdit tout à coup la faculté de voir du même côté où existait la céphalalgie, et en même temps la pupille de l'œil droit se contracta d'une manière singulière. Pendant six semaines environ l'œil droit resta ainsi privé de la vision, sans qu'aucun autre phénomène se manifestât. Mais au bout de ce temps, le côté droit de la face perdit toute sensibilité, sans que d'abord ses mouvemens fussent en aucune façon modifiés. Pendant quinze à vingt jours, la sensibilité resta ainsi perdue dans le côté droit de la face, puis le membre thoracique du côté gauche devint notablement plus faible que l'autre, sans que dans ce membre la sensibilité cutanée fût modifiée, et à peu près à la même époque les muscles du côté droit de la face commencèrent à se paralyser, et la bouche fut légère-

ment entraînée du côté opposé. Il n'y eut jamais d'ailleurs dans ce cas la moindre perte de connaissance.

Nous ne discuterons point ici quelle fut la lésion qui chez l'individu dont nous venons de rappeler l'histoire, donna lieu à cette double modification de la sensibilité et de la motilité ; nous n'avons rapporté ce cas que pour faire ressortir cette singulière circonstance d'une perte de sensibilité à droite, et de motilité à gauche. Dans ce cas, existe encore une autre particularité : c'est que la paralysie du mouvement survint dans le côté gauche de la face, c'est-à-dire dans le côté opposé à celui du membre paralysé. Or cette circonstance fonde une exception remarquable à la loi que nous avons précédemment posée.

A mesure qu'on s'éloigne du moment où a eu lieu l'attaque d'apoplexie, la sensibilité cutanée reparaît, et le plus ordinairement on la trouve à peu près complètement rétablie à une époque où la paralysie du mouvement est encore tout entière. Toutefois les doigts restent souvent engourdis et froids ; mais cela peut dépendre en grande partie de ce que la privation du mouvement doit rendre languissante la circulation capillaire.

II. LÉSIONS DE LA SENSIBILITÉ DES MEMBRANES MUQUEUSES.

Dans les cas mêmes où la vue est perdue, on détermine le rapprochement des paupières, en touchant avec le doigt la membrane conjonctive. Il est toutefois quelques cas dans lesquels cette membrane devient assez insensible, pour qu'on puisse promener rudement l'extrémité du doigt sur toute la surface antérieure du globe oculaire, sans que les paupières se rapprochent, sans que les malades témoignent le moindre

signe de douleur, et cela à une époque où dans d'autres parties une assez vive sensibilité existe encore. Une de nos observations nous a fourni un exemple remarquable de ce genre. Cette insensibilité de la conjonctive est pareille à celle qu'on produit à volonté sur les animaux, en pratiquant chez eux la section de la cinquième paire de nerfs. Cette paire était intacte chez le sujet dont nous avons rapporté l'observation. Tout ce qui existait chez lui, c'était un épanchement de sang qui ne différait, ni par sa nature, ni par son siége, d'autres épanchemens qui ne donnèrent lieu à aucune modification dans la sensibilité de la conjonctive.

En portant alternativement la barbe d'une plume dans l'une et l'autre narine, nous avons constaté chez quelques apoplectiques une diminution notable de la faculté tactile sur l'une des moitiés de la membrane muqueuse des fosses nasales. Quelques autres nous ont dit qu'en portant alternativement leurs alimens dans l'un et l'autre côté de la bouche, il y en avait un dans lequel ils sentaient beaucoup moins distinctement le contact de la masse alimentaire avec la membrane muqueuse buccale. Nous avons particulièrement constaté cette diminution de sensibilité d'un des côtés de la bouche et d'une des narines chez un individu dont tout le côté correspondant de la face était aussi privé de sensibilité, tandis que la motilité y était restée intacte; nulle part ailleurs elle n'était non plus altérée; de ce même côté la vue et l'ouïe étaient également beaucoup plus faibles que du côté opposé.

Ces diverses modifications de la sensibilité paraissent annoncer qu'il y a des cas où l'hémorrhagie des hémisphères cérébraux, quel que soit son siége, exerce une influence sur la cinquième paire de nerfs.

III. LÉSIONS DES FONCTIONS DES ORGANES DES SENS.

Dans un grand nombre de cas, la vision n'est point modifiée. Lorsqu'elle est troublée, elle peut l'être soit avant que l'hémorrhagie ait eu lieu, soit au moment même où elle s'accomplit, soit à sa suite.

Avant l'hémorrhagie, plusieurs individus éprouvent, du côté de la vue, des sensations bizarres, de véritables hallucinations. Chez les uns, tous les objets paraissent colorés en rouge; il semble à d'autres qu'une ligne rouge borde tous les corps; c'est une sensation semblable à celle qu'on éprouve lorsque les yeux ont été pendant quelque temps exposés à l'impression d'une vive lumière. Il y a des individus qui ne peuvent pas fixer un objet sans le voir parsemé de points rouges ou noirs; d'autres ont un brouillard continuel interposé entre la vue et les corps qu'ils regardent. Quelques-uns sont tourmentés par des apparences de mouches qui, à ce qu'il leur semble, voltigent sans cesse devant leurs yeux.

Du reste, il ne faudrait pas croire que ces diverses hallucinations de la vue conduisent nécessairement à une hémorrhagie cérébrale. Nous avons eu occasion d'observer un homme qui, pendant plusieurs années, fut continuellement tourmenté par la vue toute fantastique de petits corps de forme et de couleur diverses qui voltigeaient devant ses yeux; s'il voulait fixer un objet, il le voyait parsemé d'une foule de points noirs; cette hallucination, qui était permanente chez lui, s'opposait à ce qu'il pût lire ou écrire; il n'avait d'ailleurs ni étourdissemens, ni vertiges, ni céphalalgie; les conjonctives étaient habituellement rouges, et il ne pouvait pas supporter, sans beaucoup souffrir, l'éclat d'une lumière

un peu vive. Peu à peu la vue a repris son intégrité, sans qu'aucun autre accident se soit jamais montré du côté du cerveau.

Nous avons connu un autre homme qui, à la suite de fortes commotions morales, crut voir constamment, pendant près de trois mois, un petit corps qui vacillait sans cesse au devant de son œil droit. L'inspection de cet œil n'y découvrait aucune altération. Pendant la durée de cette hallucination, et depuis qu'elle a disparu, cette personne n'a jamais éprouvé aucun accident du côté du cerveau.

La diplopie a été quelquefois observée un certain temps avant que survînt l'attaque d'apoplexie.

D'autres individus ont été tout à coup frappés de cécité, et la perte de la vue a été chez eux le principal prodrome de l'hémorrhagie cérébrale. Nous avons vu un serrurier mécanicien qui, après avoir eu pendant une huitaine de jours des étourdissemens assez violens, perdit brusquement la vue du jour au lendemain. Après être ainsi resté aveugle pendant une quinzaine de jours, il tomba tout à coup privé de connaissance, et paralysé du côté droit; la connaissance revint bientôt; l'hémiplégie persista; mais, chose remarquable, quelque temps après son attaque, cet homme commença à recouvrer la vue, qui toutefois resta très faible chez lui. Nous avons vu un autre individu chez lequel, pendant le mois qui précéda son attaque, la vue se perdit complètement à trois reprises; tout à coup il devenait aveugle; cette cécité durait quarante-huit à soixante heures; puis il recouvrait la faculté de voir.

Enfin, on a observé des sujets chez lesquels, plus ou moins long-temps avant leur attaque, la vue acquérait une finesse inaccoutumée.

Tels sont les principaux phénomènes qui se montrent souvent du côté de la vision, plus ou moins long-temps avant le moment où survient l'hémorrhagie. Leur existence prouve incontestablement qu'avant que le sang ne s'épanche, il y a déjà dans le cerveau un travail morbide, soit continuel, soit intermittent, dont la nature serait bien importante à déterminer d'une manière précise.

Une fois survenue l'hémorrhagie, la vue peut rester intacte; mais elle peut aussi se perdre. Tantôt elle est abolie des deux côtés; cela a lieu dans les cas d'apoplexie forte, lorsque l'hémorrhagie s'est faite dans une grande étendue. Tantôt, au contraire, la faculté de voir ne disparaît que d'un seul côté. Mais ici deux cas différens ont été observés : dans l'un de ces cas, la vision se perd du côté où existe la paralysie des membres; dans l'autre cas, le malade ne voit pas de l'œil du côté opposé au côté du corps paralysé.

Nous avons recherché jusqu'à quel point l'hémorrhagie affectait un siége spécial, dans les cas où, à sa suite, la vue restait atteinte, et ce siége, nous n'avons pas pu le découvrir. Nous pourrions citer ici des observations qui nous sont propres, ou que nous emprunterions à divers auteurs, dans lesquelles nous trouverions diverses altérations de la vue, bien que les points les plus différens des hémisphères fussent atteints. Nous n'admettons donc pas avec M. Serres que la vue ne se perd que lorsque l'hémorrhagie a son siége dans les couches optiques, au niveau de la commissure. Nous verrons plus bas que les lésions du cervelet s'accompagnent souvent aussi de divers troubles de la vue, et en particulier d'amaurose. En face de tant de faits qui nous montrent sans cesse, dans les altérations du cerveau, les siéges les plus divers, pour expliquer le trouble d'une même fonction, nie-

rons-nous que certaines parties de l'encéphale sont spécialement destinées à l'accomplissement de certains actes? Nous n'en aurions pas le droit; car il est vraisemblable que certains points du cerveau ont entre eux un rapport tel que la lésion de tel d'entre eux va spécialement retentir sur tel autre; et ce pourra être l'altération secondaire de celui-ci, inappréciable par le scalpel, qui produira la spécialité du désordre fonctionnel.

Le sens de l'ouïe peut présenter avant, pendant et après l'hémorrhagie cérébrale les mêmes modifications que le sens de la vue. Avant l'hémorrhagie, il est des individus qui sont tourmentés de bourdonnemens d'oreille, de tintemens continuels ou intermittens. Plusieurs croient entendre les bruits les plus étranges. Ces hallucinations sont loin toutefois d'être le prélude constant d'une attaque d'apoplexie; elles peuvent se lier à de simples perversions de la sensibilité, et n'avoir aucun rapport avec une congestion cérébrale.

Nous n'avons aucune remarque particulière à faire sur les modifications qu'apporte dans les sens du goût et de l'odorat l'hémorrhagie des hémisphères cérébraux.

IV. LÉSIONS DE LA SENSIBILITÉ AYANT LEUR SIÉGE DANS L'ENCÉPHALE LUI-MÊME.

Une céphalalgie plus ou moins forte, des étourdissemens, des vertiges, précédent assez souvent l'hémorrhagie cérébrale. Il y a des individus qui, pendant plusieurs mois, sont sans cesse aux prises avec les signes d'une congestion vers le cerveau; un jour elle devient plus forte, et l'hémorrhagie est accomplie. Nous ne comprenons pas comment on a pu nier un semblable prodrome, et établir qu'il n'avait lieu que

dans les cas de ramollissement. Nous reconnaissons, d'ailleurs, que souvent il manque complètement, et que des individus peuvent être tout à coup frappés d'hémorrhagie cérébrale, sans avoir jamais présenté auparavant le moindre accident du côté du cerveau, sans avoir jamais accusé ni céphalalgie, ni étourdissemens, etc.

Après l'hémorrhagie, on n'observe rien de nouveau, on voit seulement continuer, dans un grand nombre de cas, les mêmes accidens (vertiges, etc.) que ceux qui avaient marqué le prodrome de la maladie.

CHAPITRE III.

LÉSIONS DE L'INTELLIGENCE.

Comme les lésions du mouvement et du sentiment, elles doivent être étudiées avant que l'hémorrhagie n'ait eu lieu, et après qu'elle s'est effectuée.

Beaucoup d'individus conservent toute la netteté et toute la force de leur intelligence, jusqu'au moment où ils sont frappés d'apoplexie. Chez d'autres, on observe, plus ou moins long-temps avant ce moment, quelques changemens dans les facultés intellectuelles; tantôt elles sont comme engourdies; tantôt, au contraire, elles présentent une excitation singulière. Quelques malades perdent la mémoire; il y a des instans pendant lesquels ils ne savent plus ni où ils sont, ni ce qu'ils font, ni ce qu'ils disent. Voici quelques exemples de ces aberrations de l'intelligence que nous avons eu occasion d'observer.

Une femme, dont la raison avait été jusqu'alors parfaitement saine, se livre tout à coup, sans motif, à de violens emportemens de colère; elle devient furieuse, et on la conduit à la Charité, dans un état qui ressemble à la manie; le soir même de son entrée, elle est frappée d'une attaque d'apoplexie à laquelle elle succombe en moins de trente heures. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes dans un des hémisphères cérébraux un énorme épanchement de sang.

Un homme, âgé de 50 ans environ, oublie son propre nom; il est de temps en temps persuadé qu'il est mort; il ne

reconnaît plus ses proches parens; il reste une quinzaine de jours dans cet état; puis il est frappé d'apoplexie; la nécropsie montre encore dans ce cas un épanchement de sang au sein d'un des hémisphères; elle ne fait reconnaître aucune autre lésion.

Un autre homme devient incapable de se livrer à aucun travail; il reste toute la journée assis, et les yeux comme appesantis par le sommeil; à peine peut-on tirer de lui quelques réponses; cet état se termine par une attaque d'apoplexie.

Beaucoup de cas semblables ont été vus par les praticiens; ils prouvent suffisamment qu'avant le moment où a lieu l'hémorrhagie, il peut y avoir déjà dans le cerveau un état morbide qui en est l'avant-coureur, et qui peut se traduire par divers désordres du mouvement, du sentiment, ou de l'intelligence.

D'autres individus éprouvent, à plusieurs reprises, des pertes subites de connaissance; ils tombent brusquement dans un coma profond, et on croit qu'ils sont sous l'influence d'une hémorrhagie cérébrale. Mais bientôt ce coma se dissipe, et ils sont rendus à une santé parfaite, jusqu'à ce que revienne un nouveau coup de sang. Enfin il arrive un moment où, au lieu d'une simple congestion par laquelle on pourrait expliquer tous ces accidens, il survient une véritable hémorrhagie, dont les effets ne sont plus passagers comme ceux de la congestion qui l'a précédée.

Au moment même où a lieu l'hémorrhagie, trois cas peuvent se présenter relativement aux modifications que subit l'intelligence.

Dans un premier cas, elle reste parfaitement intacte, et l'altération grave qu'éprouve tout à coup le mouvement n'en-

traîne aucun trouble dans l'exercice des facultés intellectuelles.

Dans un second cas, l'intelligence devient plus ou moins obtuse, en même temps que les membres se paralysent. Les malades tombent dans la stupeur; d'autres tiennent des propos incohérens, ou ne prononcent que des mots inintelligibles; toutefois ils ont encore la conscience du monde extérieur, et ils peuvent encore se mettre en rapport avec lui.

Dans un troisième cas, au contraire, la perte de connaissance est complète. Les malades sont plongés dans un état comateux dont les excitations les plus fortes ne peuvent les faire sortir. Quelquefois seulement, après qu'on leur a parlé à voix très haute en les stimulant de différentes manières, ils ouvrent lentement les yeux, et fixent pendant quelques secondes celui qui les observe; mais bientôt ils retombent dans leur sommeil léthargique.

Ces différences dans l'état de l'intelligence au moment où a lieu l'attaque d'apoplexie, dépendent surtout de l'étendue plus ou moins grande de l'épanchement. Quant au siége de celui-ci, il ne nous a pas semblé qu'il exerçât sur les facultés intellectuelles une bien grande influence. Non seulement nous avons vu la perte de connaissance coïncider avec l'hémorrhagie de tous les points possibles des hémisphères cérébraux, mais encore nous l'avons retrouvée dans des cas où l'hémorrhagie avait son siége hors des hémisphères, dans le cervelet, par exemple, ou dans le mésocéphale. M. le docteur Fabre a cité, dans sa dissertation inaugurale (1), le cas

(1) Propositions et observations sur plusieurs points de médecine et de chirurgie, par F. A. Fabre, interne des hôpitaux (*Recueil de thèses* de 1832, n° 133).

fort intéressant d'un vieillard qui succomba à une attaque d'apoplexie accompagnée d'une perte complète de connaissance, et dont les centres nerveux ne présentèrent d'autre lésion qu'un épanchement de sang dans l'épaisseur de la pyramide antérieure gauche. Exemple bien frappant sans doute de la merveilleuse solidarité qui unit entre elles et ramène à l'unité d'action toutes les parties du système nerveux.

Après que l'épanchement de sang est effectué, le coma peut persister, le malade ne reprend pas connaissance, et dans ce cas la mort ne tarde pas à arriver. Dans des cas plus heureux, et qui sont loin d'être rares, l'état comateux disparaît; mais, une fois que l'individu est revenu à lui, il s'en faut que l'intelligence présente toujours les mêmes conditions. Dans un très petit nombre de cas, elle se rétablit parfaitement; le plus souvent, elle reste affaiblie; le malade conserve assez de raison pour pouvoir se livrer aux occupations de la vie commune; mais il est devenu incapable de méditations, de travaux intellectuels un peu suivis; il ne peut plus se livrer, sans fatigue, à une conversation un peu longue ou un peu sérieuse, et il faut avoir grand soin de la lui interdire, sous peine de voir son état s'aggraver.

Au lieu de ce simple affaiblissement, l'intelligence peut présenter une altération plus grave. Ainsi on voit un certain nombre d'apoplectiques tomber dans un véritable état d'enfance, ou de démence sénile; ils pleurent surtout avec une singulière facilité. D'autres sont pris de temps en temps d'un délire qui rappelle celui auquel donne lieu si souvent l'inflammation aiguë des méninges, et effectivement l'on peut penser qu'en pareil cas il est causé par une irritation intercurrente de l'arachnoïde qui recouvre l'hémisphère malade.

L'on a vu, enfin, dans quelques cas, l'aliénation se déclarer à la suite d'une hémorrhagie cérébrale.

Il est un accident que l'on observe assez souvent à la suite d'un épanchement de sang dans le cerveau, c'est la perte de la parole. Elle peut coïncider avec un état d'intégrité parfaite de l'intelligence. Tantôt ce mutisme accidentel se dissipe promptement; tantôt la parole n'est recouvrée qu'au bout d'un temps très long; tantôt enfin elle reste à jamais perdue.

M. le professeur Bouillaud a publié, il y a déjà plusieurs années, un Mémoire rempli de faits curieux desquels il a cru pouvoir déduire la conséquence que la formation de la parole a pour instrument l'extrémité antérieure de chaque hémisphère, attendu qu'il a trouvé cette partie lésée, toutes les fois que pendant la vie la parole elle-même avait été perdue. Voici, à cet égard, ce que nous ont appris nos recherches.

Sur trente-sept cas observés par nous ou par d'autres, relatifs à des hémorrhagies ou à d'autres lésions, dans lesquels l'altération résidait dans un des lobules antérieurs ou dans tous les deux, la parole a été abolie vingt-une fois, et conservée seize fois.

D'un autre côté, nous avons rassemblé quatorze cas où il y avait abolition de la parole, sans aucune altération dans les lobules antérieurs. De ces quatorze cas, sept étaient relatifs à des maladies des lobules moyens, et sept autres à des maladies des lobules postérieurs.

La perte de la parole n'est donc pas le résultat nécessaire de la lésion des lobules antérieurs, et, en outre, elle peut avoir lieu dans des cas où l'anatomie ne montre dans ces lobules aucune altération. Ajouterons-nous que M. Lalle-

mand (1) a cité un cas dans lequel on ne trouva d'autre altération qu'un ramollissement de la substance blanche du lobe gauche du cervelet; dans ce cas, cependant, sur lequel nous aurons occasion de revenir plus tard pour un autre objet, la faculté de parler était complètement perdue. Vous lirez encore dans l'ouvrage de M. Ollivier, sur la moelle épinière (2) l'observation d'un individu chez lequel un des phénomènes prédominans fut la perte d'abord incomplète, puis complète de la parole; c'était ici dans le mésocéphale qu'existait l'altération; il fut trouvé ramolli à sa face inférieure dans une étendue égale au moins au volume d'une aveline.

---

(1) Lettre 2e, page 134.

(2) Tome 2, page 614.

CHAPITRE IV.

LÉSIONS DES FONCTIONS DES ORGANES DE LA VIE NUTRITIVE.

Parmi ces fonctions, il n'en est qu'une qui soit modifiée d'une manière spéciale par l'hémorrhagie cérébrale, et encore faut-il que celle-ci soit assez considérable, ou, ce qui revient au même, qu'elle trouve l'individu dans des dispositions telles qu'un faible épanchement déterminera dans le cerveau un trouble plus grand que ne semblerait le comporter l'intensité de la lésion. Alors la respiration présente un caractère particulier que l'on exprime, en disant qu'elle est *stertoreuse*. Faut-il admettre, avec M. Serres, que cette fonction est surtout modifiée, dans le cas où l'hémorrhagie a son siége dans la couche optique et dans ses radiations (1)?

Le stertor de la respiration est en général un signe d'un très fâcheux augure, et il est rare que les individus qui le présentent d'une manière prononcée échappent à une mort prochaine. Pour l'expliquer, on trouve sur le cadavre un engouement considérable du poumon, et beaucoup de mucosités spumeuses dans les bronches. C'est véritablement par la gêne de la respiration que succombent les sujets frappés d'hémorrhagie cérébrale, dans le cas où l'attaque est forte, et où ils meurent promptement.

La circulation présente des troubles divers : le cœur bat souvent avec force, mais cette force est plutôt en rapport

(1) *Anatomie comparée du cerveau*, tome 2.

avec son état antécédent qu'avec la maladie cérébrale elle-même. Le pouls est variable; il est toutefois plus souvent lent que fréquent. La circulation capillaire n'offre quelque chose à noter que vers la face : celle-ci se présente suivant les individus, sous deux aspects différens : tantôt elle est rouge, fortement injectée, et les conjonctives participent à cette hypérémie; tantôt, au contraire, elle est pâle, et l'on sait maintenant que cette pâleur ne doit pas exclure l'idée d'une hémorrhagie cérébrale, et qu'elle n'annonce pas l'existence d'une apoplexie séreuse, comme on l'admettait avant les recherches de Portal sur ce sujet (1).

Au nombre des phénomènes qui précèdent parfois l'hémorrhagie cérébrale, ou bien qui la suivent, il faut placer de petits épanchemens de sang qui se font chez quelques sujets dans le tissu même de la conjonctive.

Les fonctions digestives ne présentent d'autre trouble spécial qu'une constipation souvent opiniâtre, et dont ne triomphent pas toujours des drastiques énergiques. Il faut remarquer, toutefois, que l'absence de selles en pareil cas est loin d'indiquer une insensibilité de la membrane muqueuse à l'action des substances irritantes que l'on met en contact avec elle; car il nous est arrivé souvent de trouver une vive injection à la surface interne de l'intestin, et spécialement du gros, chez des individus qui n'avaient point eu de selle, bien qu'on leur eût administré plusieurs jours de suite des médicamens purgatifs, soit par la bouche, soit par le rectum. Notez, en outre, que, si l'on continue l'emploi de ces moyens, la langue ne tarde pas à rougir et à se sécher, le pouls s'accélère, la température de la peau s'élève, et une

(1) *Traité de l'apoplexie.*

gastro-entérite vient ajouter son danger à celui de l'affection cérébrale. Ce serait une grave erreur de penser qu'en pareil cas l'inflammation produite dans le tube digestif agit comme un révulsif, et doit diminuer l'intensité des accidens cérébraux; loin de là, nous avons toujours vu l'inflammation gastro-intestinale aggraver ces accidens eux-mêmes. Du reste, cette gastro-entérite peut elle-même naître spontanément à une époque plus ou moins éloignée de celle où l'hémorrhagie s'est opérée; et c'est bien souvent par l'intestin enflammé que meurent d'anciens paralytiques, dans le cerveau desquels existe un ancien foyer hémorrhagique. Le plus ordinairement la gastro-entérite revêt alors la forme dite adynamique, et elle s'accompagne de la formation d'eschares sur les points du corps qui supportent une pression quelconque.

ORDRE TROISIÈME.

OBSERVATIONS SUR LE RAMOLLISSEMENT DES HEMISPHÈRES CEREBRAUX.

Les excellens travaux publiés dans ces derniers temps sur le ramollissement du cerveau, par MM. Rostan, Lallemand, Bouillaud, et plusieurs autres, sont loin, à mon avis, d'avoir épuisé ce sujet. La science ne possède encore que des données souvent incomplètes, soit pour établir d'une manière rigoureuse la nature de cette affection, soit même pour lui assigner ses véritables symptômes. Je ne pense pas, par exemple, avec M. Lallemand, que toujours une injection sanguine précède le ramollissement du cerveau; je crois qu'il y a des cas où la première lésion appréciable consiste dans la diminution même de consistance de la pulpe nerveuse, et cette diminution de consistance peut rester la seule altération. Au lieu d'être rougie par du sang, la partie ramollie peut avoir conservé sa couleur accoutumée, ou même offrir une décoloration remarquable, sans que, dans ce dernier cas, rien puisse faire autoriser à penser, comme l'avait admis M. Lallemand, que du pus infiltre la pulpe nerveuse décolorée. Le ramollissement du cerveau ne commence donc pas nécessairement par une hypérémie; il ne se complique pas nécessairement, pendant son cours, de congestion sanguine; il ne conduit pas non plus nécessairement à la suppuration; il existe comme une lésion indépendante de toute autre lésion; il n'est, d'une manière constante, ni la terminaison ni le commencement d'aucune autre, mais beaucoup d'autres peuvent venir accidentelle-

ment le compliquer. Dans bien des cas, il est vrai, perdant son existence isolée, il n'est plus qu'un des élémens de l'inflammation du cerveau; mais de ce que l'irritation produite par l'entrée d'une balle dans le cerveau détermine autour de ce corps étranger la formation d'un ramollissement avec injection sanguine, infiltration du pus, etc.; est-ce, en bonne logique, une raison d'en conclure que tout ramollissement devra être regardé comme une maladie inflammatoire?

Tout ce que nous pouvons saisir, dans un très grand nombre de cas, c'est une diminution de consistance de la pulpe nerveuse, sa transformation en une sorte de bouillie, son retour lent ou subit à cet état demi-liquide qui a été son état primitif. Quant aux causes de cette altération, elles nous échappent souvent; quant à sa nature, elle ne nous est pas plus connue; et si, dans cet état d'ignorance, nous allons au-delà de ce que les faits nous apprennent, si nous déclarons que tout ramollissement est une inflammation, un degré ou une forme de ce que, dans un langage tout arbitraire et tout de transition, nous appelons une encéphalite, nous portons un grand dommage à la science; car il est bien clair que, dès que nous aurons placé une pareille opinion entre notre intelligence et les faits, ceux-ci ne seront plus acceptés par nous qu'autant qu'ils viendront confirmer notre hypothèse; il n'y a plus dès-lors de progrès possible. Je pense donc avec M. Rostan que jusqu'à plus ample informé l'expression de ramollissement est préférable à toute autre pour désigner l'altération du cerveau que nous allons étudier.

Que dirai-je maintenant des symptômes qui ont été assignés au ramollissement du cerveau? Lisez, à cet égard, les divers ouvrages publiés sur ce sujet, et vous serez étonné de voir combien, dans les uns et dans les autres, varie la symptôma-

tologie. Tel phénomène morbide, la contracture, par exemple, qui, pour un observateur, tient le premier rang parmi les symptômes, est à peine mentionné par un autre. Il en est de même de la céphalalgie, du trouble de l'intelligence, etc. Les premiers accidens qui signalent l'existence du ramollissement cérébral sont également loin d'être décrits d'une manière identique par les différens auteurs. Pour certaines personnes, il est toujours facile de distinguer, par la différence de leur début, une hémorrhagie du cerveau, et un ramollissement de cet organe; pour d'autres, une pareille distinction est souvent impossible.

Ces différences d'opinions tiennent sans doute à ce que chaque auteur a recueilli ses observations sur des sujets placés dans des conditions différentes par leur âge, par leur constitution, d'où résultaient, quant aux symptômes, autant de formes spéciales de la maladie. Chacun, ne travaillant ainsi que du point de vue où il se trouvait placé, n'a pu découvrir qu'un certain côté des faits, et est ainsi resté incomplet dans leur description. J'ai cherché à éviter cet écueil en procédant autrement. Après avoir relaté un certain nombre d'observations propres à faire ressortir les différences capitales que peut offrir le ramollissement du cerveau par rapport à ses symptômes, à son début, à sa marche, à sa durée, à sa nature, j'ai cherché à m'élever à la description la plus complète possible de cette affection, en rapprochant des faits recueillis par moi ceux qu'ont déjà publiés les différens auteurs.

Section première.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

J'ai rangé les observations qu'on va lire dans un certain nombre de groupes qui se réduisent aux suivans :

Dans un premier groupe, j'ai placé quelques cas remarquables dans lesquels le ramollissement cérébral est resté complètement latent.

Le deuxième groupe comprend les cas dans lesquels le seul désordre fonctionnel du côté des centres nerveux a été une lésion du mouvement, lésion qui a été loin d'être toujours la même.

J'ai rattaché à un troisième groupe quelques cas où la lésion de la sensibilité a été le phénomène prédominant.

A un quatrième groupe, j'ai rapporté d'autres cas où, avec des désordres variés du mouvement et du sentiment, coïncidait une altération de l'intelligence ou de la parole.

Enfin, dans un cinquième groupe, j'ai relaté des cas où l'unique désordre fonctionnel était la perte de la parole.

CHAPITRE PREMIER.

OBSERVATIONS RELATIVES A DES CAS OU AUCUN SYMPTOME N'A ANNONCÉ LE RAMOLLISSEMENT.

Ire OBSERVATION.

Dyspepsie. État adynamique. Escharre au sacrum. Ramollissement à la base du lobule antérieur de l'hémisphère gauche.

Un vieillard, âgé de 81 ans, entra à l'hôpital dans l'état suivant :

Face pâle et maigre, langue pâle et humide, ventre souple et indolent, constipation, pouls à 68, régulier, dur ; respiration naturelle. Du côté du cerveau, intelligence un peu obtuse, mouvemens parfaitement libres, sensibilité intacte ; aucune céphalalgie.

Nous apprîmes que depuis plusieurs mois cet homme n'avait plus d'appétit. Le peu d'alimens qu'il prenait étaient péniblement digérés, sans que d'ailleurs il eût jamais de vomissement. Les forces avaient peu à peu diminué, sans que jamais il y eût paralysie ; aucun désordre du mouvement n'avait été observé chez lui ; la veille de son entrée à l'hôpital, il avait écrit une lettre, et chaque matin il faisait quelques lectures dans un livre de prières.

Pendant les quinze à vingt jours qui suivirent celui de l'entrée, nous vîmes le malade s'affaiblir de plus en plus.

Quelques bouillons légers formaient toute sa nourriture. Une large eschare se forma au sacrum; le pouls prit de la fréquence; la langue rougit et se sécha, puis elle se couvrit, ainsi que les dents et les lèvres, d'un enduit fuligineux, et le malade succomba, n'ayant présenté, jusqu'au dernier moment, du côté de l'intelligence comme du côté du mouvement ou de la sensibilité, que cette faiblesse progressive qui caractérise l'état adynamique.

OUVERTURE DU CADAVRE

31 heures après la mort, par une journée chaude du mois d'avril.

Crâne. Une petite quantité de liquide séreux soulève l'arachnoïde étendue sur la convexité des hémisphères cérébraux. Deux ou trois cuillerées à café de ce même liquide remplissent les ventricules latéraux. La substance des hémisphères ne nous présente rien de remarquable, jusqu'à ce que nous soyons arrivés vers la base de la partie antérieure de l'hémisphère gauche. Là nous constatons l'altération suivante : Dans un espace qui pourrait admettre un œuf de poule, à partir de la portion de l'hémisphère gauche qui repose sur la voûte orbitaire, la substance nerveuse se transforme en une bouillie d'un blanc sale que ne parcourt aucun vaisseau, et où l'on ne découvre pas la moindre gouttelette sanguine. Autour de ce ramollissement, la substance cérébrale reprend peu à peu sa consistance accoutumée, sans être modifiée dans sa couleur. Nulle part ailleurs elle n'offre de lésion appréciable. Les méninges qui avoisinent le ramollissement ne présentent aucune altération.

Thorax. Poumons sains, engoués à leur partie postérieure. Rougeur uniforme de la surface interne du cœur et des gros

vaisseaux, que remplit un sang noir liquide. Consistance normale du tissu du cœur, dont le ventricule gauche est hypertrophié.

Abdomen. La surface interne de l'estomac présente généralement une teinte noirâtre qui réside dans les villosités de sa membrane muqueuse; celle-ci a partout l'épaisseur et la consistance de son état normal. Dans le duodénum on retrouve cette même coloration noire des villosités. Le reste de l'intestin n'offre autre chose à noter qu'une injection peu considérable de quelques anses de l'iléum et du cœcum, et du colon descendant.

Rien de particulier à noter dans les autres organes.

Un vaste foyer de suppuration occupait la région sacrée; le sacrum lui-même était à nu en quelques points.

Nous ne retrouvons dans ce cas aucun des symptômes qui accompagnent ordinairement le ramollissement du cerveau. L'affaiblissement progressif de l'intelligence et du mouvement n'en dépendait pas; il était lié à l'état adynamique au milieu duquel succomba ce vieillard. Comme chez beaucoup d'individus de cet âge, l'estomac cessa de pouvoir remplir ses fonctions; dès-lors, prostration rapide, décubitus continuel sur le dos, et par suite, formation d'une large eschare dont la chute entraîna une suppuration qui fut mortelle. Notez que ce fut seulement à l'époque de ce travail de suppuration que la fièvre prit naissance, et que la langue se sécha.

La teinte noire des villosités de l'estomac et du duodénum fut la seule lésion que l'on trouva du côté des organes digestifs chez un individu atteint de dyspepsie depuis plusieurs mois.

IIe OBSERVATION.

Affection chronique de l'estomac et du foie. Ramollissement des hémisphères cérébraux en plusieurs points de leur étendue. Absence complète d'accidens cérébraux.

Un homme, âgé de 45 ans, avait depuis long-temps des digestions difficiles, et une douleur obtuse vers l'hypochondre droit, lorsqu'il entra à la Charité. La maigreur était alors considérable; la face offrait une teinte jaune verdâtre; le malade n'accusait aucune céphalalgie; il n'était point sujet aux étourdissemens; son intelligence était nette, sa parole facile, ses mouvemens libres.

Pendant son séjour à l'hôpital, cet homme eut à plusieurs reprises d'abondans vomissemens noirs; on sentait à droite de l'épigastre, un peu au-dessous du rebord cartilagineux des côtes, une tumeur dure, bosselée, douloureuse au toucher; le pouls avait habituellement un peu de fréquence; dans les derniers temps, le péritoine se remplit de sérosité; les deux membres abdominaux et le membre thoracique droit s'infiltrèrent; puis les traits de la face s'affaissèrent et le malade succomba par épuisement, sans avoir jamais présenté le moindre trouble, ni du côté de l'intelligence, ni du côté des mouvemens. La langue reste constamment humide et très-pâle.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères était infiltré de sérosite; de nom-

breuses glandes de Pacchioni existaient le long de la grande scissure interlobaire. Toute la masse encéphalique était généralement molle. Les ventricules contenaient un peu de sérosité. La voûte à trois piliers était réduite en une bouillie blanchâtre ; la substance blanche des deux couches optiques n'existait plus que sous forme de pellicules éparses, diffluentes, entre lesquelles se montrait à nu la substance grise plus profonde. La substance blanche qui revêt les parois de chaque cavité ancyroïde avait également subi un ramollissement notable ; il en était de même de la substance grise de quelques-unes des circonvolutions des faces latérales de chaque hémisphère. Enfin, vers la base du lobe postérieur de l'hémisphère droit, existait un autre ramollissement blanc, occupant l'espace qu'aurait pu remplir une noix ordinaire. Autour de ce ramollissement, la substance cérébrale n'offrait aucune altération.

Thorax. Poumon et cœur à l'état normal.

Abdomen. Énormes masses cancéreuses dans le foie ; surface interne de l'estomac pâle ; membrane muqueuse d'épaisseur et de consistance ordinaire jusque dans l'étendue de quatre travers de doigt en-deçà du pylore. Cet espace est comme séparé du reste de l'estomac par un bourrelet rougeâtre, qui a deux pouces d'épaisseur, et qui est formé par la membrane muqueuse tuméfiée ; au-delà elle existe encore dans l'espace de quelques lignes ; puis on ne retrouve plus que le tissu lamineux à nu, grisâtre et fort épaissi. En dehors, cette partie malade adhère intimement avec une portion du colon transverse ; du pus est épanché dans les mailles du tissu cellulaire serré qui unit ces deux intestins. Les parois de l'estomac et du colon sont devenues tellement friables dans le point où elles adhèrent, qu'en tiraillant légèrement sur elles

on produit une double perforation, d'où il résulte que l'estomac et le colon viennent à communiquer ensemble. Le reste du tube digestif est exempt de lésion; la rate est petite et d'une grande mollesse.

Remarquable, comme le cas précédent, par l'absence complète de tout symptôme propre à faire reconnaître la lésion du cerveau, ce cas est encore digne d'attention, en raison du grand nombre de ramollissemens qui étaient comme disséminés en plusieurs points des hémisphères. Remarquons d'ailleurs qu'aucun de ces ramollisemens n'offrit la moindre trace d'hypérémie; là où ils existaient, la substance nerveuse avait perdu sa consistance normale, et voilà tout. Il y a lieu de présumer que ces ramollissemens multipliés se formèrent lentement pendant le cours de l'affection chronique du foie et de l'estomac; est-ce parce qu'ils trouvèrent l'économie déjà trop affaiblie pour qu'elle pût réagir, qu'aucun accident cérébral ne fut produit par eux?

IIIe OBSERVATION.

Ramollissement du lobe postérieur de l'hémisphère gauche, du lobe moyen, du droit, et de la voûte à trois piliers. Aucun signe de ce ramollissement. Produits cancéreux développés dans les plèvres, le mésentère, le foie, le pancréas et l'un des reins.

Un homme, âgé de 71 ans, entra à l'hôpital de la Pitié dans un état de maigreur déjà considérable; il avait une légère teinte jaune, et présentait tous les signes rationnels d'un catarrhe pulmonaire chronique; les parois thoraciques per-

cutées résonnaient généralement mal ; le bruit d'expansion pulmonaire se faisait entendre partout, mêlé toutefois en plusieurs points à du râle muqueux ; ailleurs à du râle sibilant. La respiration était un peu gênée ; nous comptâmes vingt-huit respirations et soixante-dix-huit pulsations par minute ; le pouls était régulier et dur. Il n'y avait, du reste, aucun symptôme à noter du côté du système nerveux : les facultés intellectuelles et sensoriales avaient toute leur intégrité ; la motilité ne présentait d'autre altération qu'un affaiblissement général.

Tel fut l'état dans lequel resta le malade pendant une vingtaine de jours. Au bout de ce temps il fut pris de dévoiement, et bientôt la langue rougit et se sécha, le pouls prit de la fréquence ; l'affaiblissement augmenta rapidement, et la mort eut lieu 32 jours après l'admission du malade, sans qu'aucun nouveau symptôme eût paru vers le cerveau ; jamais non plus il n'accusa de douleur, ni dans la poitrine, ni dans l'abdomen.

OUVERTURE DU CADAVRE

27 heures après la mort (en juillet, mais par un temps frais, et le cadavre ne présentant aucune trace de putréfaction).

Crâne. Légère infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; grande quantité de sérosité dans les ventricules qui sont distendus par elle ; elle est assez considérable pour soulever le corps calleux ; le septum lucidum et la voûte à trois piliers sont réduits à un état presque liquide ; la pulpe cérébrale est généralement molle ; cette mollesse est portée au plus haut degré à la base du lobe postérieur de l'hémisphère gauche, et du lobe moyen de l'hémisphère droit. Dans

ces deux endroits, la pulpe cérébrale est diffluente; elle représente une sorte de détritus d'un blanc sale, on eût dit d'une portion de cerveau dont une macération prolongée a détruit la consistance. Dans l'hémisphère droit, la partie ramollie occupe l'espace qu'aurait rempli une pomme d'api, et dans le gauche, celui où se serait logée une noix; ce double ramollissement touche les circonvolutions de la base; nulle part il n'offre la moindre trace d'injection sanguine.

Thorax. Entre chaque plèvre pulmonaire et le parenchyme même du poumon existent de larges plaques blanches, épaisses de plusieurs lignes, constituées par un tissu qui a tout-à-fait l'aspect de la matière encéphaloïde; les poumons en sont comme enveloppés. Le parenchyme de ces organes ne présente d'autre altération qu'une induration noire d'un certain nombre de lobules.

Les deux feuillets du péricarde sont unis entre eux par des adhérences celluleuses.

Abdomen. La surface interne de l'estomac présente, dans toute son étendue, une teinte brune ardoisée, qui paraît spécialement résider dans les villosités de la membrane muqueuse. Vers le grand cul-de-sac, au point où les parois de l'estomac touchent la rate, on n'observe plus cette teinte ardoisée dans l'espace seulement que pourrait occuper une pièce de cinq francs; dans cet espace, la muqueuse n'existe plus, et l'on voit à nu le tissu cellulaire sous-muqueux que parcourent de nombreuses veines noires d'un gros calibre; autour d'elles, apparaît une légère teinte rougeâtre; dans le reste de l'estomac, la membrane muqueuse a son épaisseur et sa consistance normales. L'intestin grêle est assez vivement injecté à sa surface interne dans son tiers inférieur. On y remarque, dans ce même tiers, un assez grand nombre de plaques de

Peyer, d'un blanc grisâtre, qui font une légère saillie au-dessus du niveau de la membrane muqueuse. Rien de notable dans le gros intestin.

De grosses masses encéphaloïdes, toutes dures, occupent les ganglions mésentériques.

Des masses de même nature sont disséminées dans le foie, dont le tissu est entre elles d'un rouge vif.

Les granulations du pancréas sont remplacées dans les deux tiers au moins de son étendue par un tissu blanc, homogène, qui a encore tous les caractères de la matière encéphaloïde.

La rate, d'une grande mollesse, est d'un tiers plus volumineuse que de coutume.

Le rein gauche est transformé, dans les trois quarts au moins de son étendue, en une matière semblable à celle qui occupe les plèvres, les ganglions mésentériques, le foie, le pancréas; mais, en plusieurs points, cette matière est ramollie et transformée en une pulpe rougeâtre. Le reste de l'appareil urinaire est dans l'état sain.

Le sang contenu dans les gros vaisseaux, n'offre rien de particulier.

Dans ce cas, comme dans les deux précédens, c'est pendant le cours d'une maladie chronique que se produit le ramollissement du cerveau; dans ce troisième cas, comme dans le second, le ramollissement occupe à la fois plusieurs points de la pulpe nerveuse, et ici encore il reste complètement latent.

IVe OBSERVATION.

Ramollissement des circonvolutions. Absence de symptômes cérébraux. Phthisie pulmonaire.

Un cocher, âgé de 55 ans, fut blessé à la tête dans la campagne de Russie; il nous présenta, comme vestige de cette blessure, une dépression notable, de la largeur d'une pièce de 5 fr., sur la partie moyenne du pariétal gauche. Cependant cet homme n'éprouvait aucune céphalalgie; il avait toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles; aucun de ses sens n'était troublé, sa parole était nette; ses mouvemens n'offraient pas le moindre désordre. Dix-huit mois environ, avant d'entrer à la Pitié, ce malade, qui jamais n'avait toussé, à ce qu'il nous assura, prit un rhume qui ne cessa plus, après avoir couché dans une écurie fort humide. Lorsqu'il fut soumis à notre observation, il offrait tous les signes ordinaires de la phthisie pulmonaire. Il succomba avec toute sa connaissance.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Vers la partie moyenne du pariétal gauche existait une perte de substance de la largeur d'une pièce de 5 fr. Dans toute cette étendue, l'os était complètement détruit, et une simple lame cartilagineuse se trouvait interposée entre le cuir chevelu et le cerveau. La dure-mère adhérait intimement à cette lame, et se confondait avec elle. Au-dessous de la dure-mère existait un épaississement notable de l'arachnoïde ou mieux de la pie-mère, dont le tissu transpa-

rent et mince était remplacé par une membrane dense et opaque. Enfin, au-dessous de cette dernière, nous trouvâmes les circonvolutions correspondantes singulièrement ramollies; à la place de cinq de ces circonvolutions, il n'existait plus véritablement qu'une sorte de fluide comme gélatineux. Aucune injection ne se montrait ni dans la partie ramollie, ni autour d'elle. Le reste de l'encéphale n'offrit aucune altération appréciable : il n'y avait que peu de sérosité dans les ventricules.

Thorax. Tubercules nombreux dans les deux poumons; vaste caverne au sommet du poumon droit; ulcérations à la base de l'épiglotte, sur l'une des cordes vocales et à la face interne de la trachée-artère. État sain du cœur et de ses annexes.

Abdomen. Teinte brunâtre de la surface interne de l'estomac; mamelonnement léger de la muqueuse, le long de la grande courbure. Dans l'intestin grêle, nombreux tubercules, entre lesquels la membrane muqueuse est pâle. Ulcérations immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale, dans le cœcum, et dans la première moitié du colon. Nombreuses plaques de Peyer non saillantes, mais reconnaissables à leur pointillé noir.

Rien de remarquable dans les autres organes.

La science possède un grand nombre d'observations semblables à la précédente, sous le rapport de la nature de la lésion, de son siége et de sa cause. Mais dans toutes ces observations, des symptômes existaient, plus ou moins propres à faire reconnaître la lésion; ici, ils manquèrent complètement. Il est bien vraisemblable qu'au moment où la blessure eut lieu, des accidens révélèrent que l'encéphale venait d'être atteint;

mais ils se dissipèrent. Au-dessous de la perte de substance éprouvée par les parois du crâne, les méninges s'épaissirent, suppléant ainsi à l'os qui avait cessé d'exister. Ce travail, on l'appellera, si l'on veut, un effort salutaire accompli par la nature médicatrice; mais sans doute on ne donnera plus ce nom au travail morbide, dont la substance même du cerveau était le siége, travail qui aurait dû amener les désordres fonctionnels les plus graves, et qui cependant, par une bien remarquable exception, n'en produisit aucun.

Voilà donc quatre cas dans lesquels des ramollissemens cérébraux, variables par leur étendue et par leur siége, ne déterminent ni douleur de tête, ni désordre de l'intelligence, ni altération du mouvement, ni trouble des sensations; rien, en un mot, pendant la vie, ne peut même faire soupçonner que les centres nerveux soient affectés d'une manière quelconque.

Dans ces quatre cas, nous voyons différentes parties des hémisphères être le siége du ramollissement; dans l'un de ces cas, c'est le lobe antérieur vers sa base; dans deux autres, ce sont les lobes postérieur et moyen, encore vers leur partie inférieure; dans le quatrième cas, ce sont les circonvolutions de la face supérieure d'un des hémisphères. L'absence des symptômes ne saurait donc être expliquée par le siége particulier de l'altération. Quant à la nature de celle-ci, elle s'est montrée identique dans les quatre cas. Dans tous, en effet, le ramollissement n'était compliqué d'aucune injection, d'aucun épanchement de sang, d'aucune autre lésion en un mot; mais à cette circonstance non plus ne saurait être raisonnablement attribuée la forme latente du ramollissement. L'expliquerons-nous par des conditions inhérentes aux individus eux-mêmes? Ferons-nous remarquer que tous étaient épuisés

par des maladies chroniques qui avaient dû émousser les sympathies, et rendre les réactions moins vives ? Mais dans bien d'autres cas nous verrons l'existence de ces mêmes maladies chroniques ne s'opposer en aucune façon au développement des symptômes ordinaires du ramollissement du cerveau. Accuserons-nous enfin l'âge avancé des individus ? Mais cette raison ne serait pas plus valable que les autres : car, si l'un de nos malades était plus qu'octogénaire, un autre n'avait que 45 ans. Reconnaissons donc ici notre complète ignorance, et, à propos de ces faits dont on retrouve les analogues à l'occasion de chaque lésion, rappelons un principe qu'on ne saurait trop répéter, savoir : que les altérations de texture qu'un organe a subies n'entraînent pas nécessairement un désordre dans ses fonctions. Ainsi, il y a des lésions organiques sans symptômes, comme il y a des symptômes sans lésion appréciable qui puisse en rendre compte.

CHAPITRE II.

OBSERVATIONS RELATIVES A DES CAS OU LE TROUBLE DU MOUVEMENT A ÉTÉ LE SEUL SYMPTOME.

On a dit que, dans tout ramollissement du cerveau, il y avait une époque de la maladie où les membres offraient à des degrés divers le phénomène de la contracture. Nous allons chercher à démontrer, par les observations suivantes, que, bien que très fréquent, ce phénomène n'est pas constant; et qu'à sa place il peut arriver qu'on trouve, soit une simple paralysie, soit d'autres désordres du mouvement, telles que les convulsions ou une raideur tétanique. Nous commencerons par citer des cas où la contracture a eu lieu d'une manière passagère ou durable.

Ve OBSERVATION.

Ramollissemens multiples dans l'hémisphère droit. Contraction du membre thoracique gauche. Affection organique du cœur.

Une femme, âgée de 66 ans, entra à l'hôpital avec tous les symptômes caractéristiques d'une maladie du cœur; il y avait ascite et infiltration des membres abdominaux. Au bout de quelques jours on commença à observer des phénomènes étrangers à l'affection de l'appareil circulatoire; la malade nous dit que pendant la nuit elle avait éprouvé de la difficulté à mouvoir les membres du côté gauche. Ils étaient effectivement privés de tout mouvement volontaire; mais, de

plus, l'avant-bras restait fortement fléchi sur le bras, et les doigts, ramenés dans le sens de la flexion, touchaient par leur pulpe la paume de la main; le membre abdominal gauche avait une certaine raideur. La malade disait n'éprouver aucune douleur dans les parties contracturées; la peau de ces parties avait sa sensibilité ordinaire. L'intelligence avait la même netteté que les jours précédens; la parole était libre; le pouls avait de la fréquence. Une saignée de quatre palettes fut pratiquée. Les deux jours suivans l'état resta le même; la malade n'accusait aucune céphalalgie. Le troisième jour, à dater de l'apparition de la contracture, nous trouvâmes que la dyspnée, habituelle à la malade, avait beaucoup augmenté; dans la soirée elle était dans un véritable état d'asphyxie, qui la nuit se termina par la mort.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les méninges ne présentèrent rien de remarquable. Un grand nombre de circonvultions de l'hémisphère droit étaient transformées à leur superficie en une sorte de bouillie rougeâtre. Plus profondément, dans l'épaisseur de ce même hémisphère, jusqu'au niveau du centre ovale de Vieussens, existaient cinq ou six points où la pulpe cérébrale avait subi un ramollissement semblable à celui des circonvolutions, si ce n'est qu'il était accompagné d'une rougeur moins vive. Chacun de ces ramollissemens occupait, terme moyen, un espace qu'aurait rempli une petite noix. Enfin, dans la substance grise de la couche optique et du corps strié on retrouvait encore plusieurs ramollissemens, où cette substance était notablement ramollie et d'une couleur lie de vin. Aucune autre lésion appréciable n'existait dans le reste de l'encéphale.

Thorax. Cœur volumineux ; hypertrophie de ses parois et dilatation de ses cavités. Hydrothorax à gauche ; œdème des deux poumons.

Abdomen. Rien de remarquable.

Trois jours seulement se sont ici écoulés entre l'apparition des premiers symptômes du ramollissement cérébral et la mort. Celle-ci est arrivée par le poumon.

La contracture des membres opposés à l'hémisphère malade fut le seul symptôme par lequel se traduisit le ramollissement. La conservation de l'intelligence est ici d'autant plus remarquable, qu'un certain nombre de circonvolutions étaient atteintes. Dans ce cas, du reste, comme dans un des précédens où l'affection fut complètement latente, le ramollissement était comme disséminé en un grand nombre de points du même hémisphère.

Ce cas diffère encore des précédens par la rougeur que présentaient les parties ramollies.

VIe OBSERVATION.

Ramollissement d'une partie de l'hémisphère droit. Pas d'autres symptômes qu'une contracture permanente du membre thoracique gauche. Tubercules pulmonaires.

Une femme, âgée de 78 ans, entra à la Pitié dans un état de marasme déjà fort avancé ; elle avait une abondante diarrhée, et toussait depuis long-temps. Elle répondait parfaitement bien aux questions qu'on lui adressait ; mais sa volonté ne pouvait imprimer aucun mouvement au membre thoraci-

que gauche, non plus qu'au membre abdominal du même côté. L'avant-bras restait constamment fléchi sur le bras, et la main, comme contournée et fortement portée dans la flexion, formait un angle aigu avec la face antérieure de l'avant-bras. Le membre abdominal, en résolution complète, n'offrait aucune trace de contracture. Cette femme nous raconta qu'une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait été tout étonnée de voir le doigt annulaire et le petit doigt de la main gauche se fléchir brusquement, sans qu'elle pût avec tous les efforts de sa volonté les ramener dans le sens de l'extension; elle n'éprouva rien autre chose pendant deux ou trois jours; puis toute la main gauche se fléchit avec violence sur l'avant-bras, et bientôt celui-ci à son tour fut entraîné vers le bras; en même temps le membre abdominal gauche devint engourdi, plus pesant que l'autre, et enfin il se paralysa complètement, mais sans que jamais il fût le siége d'aucune contracture. Du reste, la malade qui rendait parfaitement bien compte de son état, nous assura qu'elle avait toujours conservé toute sa connaissance, qu'elle n'avait pas eu mal à la tête, et qu'elle n'avait ressenti aucune douleur dans les membres privés de mouvemens volontaires, non plus qu'en aucune autre partie du corps. Cette femme présentait, d'ailleurs, tous les signes d'une phthisie pulmonaire; nous constatâmes chez elle, au sommet du poumon droit, l'existence d'une vaste caverne, circonstance assez remarquable chez un sujet aussi avancé en âge. Le pouls avait habituellement de la fréquence; mais cette accélération de la circulation pouvait entièrement dépendre de la lésion pulmonaire. Cette femme resta à l'hôpital une vingtaine de jours, pendant lesquels nous la vîmes progressivement dépérir, sans qu'aucun nouveau phénomène apparût du côté

du système nerveux. Elle succomba le 22 juillet 1832, à quatre heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

Le 22 juillet, à 9 heures du matin.

Crâne. Antérieurement le cerveau n'offrait rien de remarquable ; les méninges étaient pâles et sans infiltration séreuse : d'assez nombreuses glandes de Pacchioni existaient le long de la grande scissure interlobaire. Les circonvolutions étaient intactes ; mais un peu au-dessous d'elles, à l'union des lobes antérieur et moyen de l'hémisphère droit, la substance nerveuse présentait un ramollissement notable, occupant un espace assez grand pour contenir largement une pomme d'api. Aucune injection n'accompagnait ce ramollissement ; la portion de substance nerveuse, qui avait perdu sa consistance, ressemblait par sa couleur et par sa consistance à une forte dissolution d'amidon dans de l'eau. Autour du point ramolli, le cerveau n'offrait aucune altération, il n'était pas en particulier plus injecté que de coutume. Les ventricules ne contenaient que peu de sérosité.

Thorax. Le poumon gauche, chargé de matière colorante noire, contenait un grand nombre de tubercules. Ils étaient disséminés au milieu d'un parenchyme parfaitement perméable à l'air, excepté vers le sommet qui était induré en noir, et qui présentait en même temps une sorte de ratatinement et de froncement des plus remarquables. Dans ce même sommet, plusieurs tubercules étaient passés à l'état crayeux. Par une assez notable exception, aucune adhérence n'unissait ce poumon gauche aux côtes. Le poumon droit leur adhérait au contraire intimement dans toute son éten-

due. Le lobe supérieur était creusé d'une vaste caverne, dont la paroi supérieure était constituée par une plaque cartilagineuse développée entre le poumon et la plèvre. Le reste du poumon droit était farci de tubercules. Son lobe inférieur offrait une hépatisation rouge très prononcée. De larges ulcérations existaient à la face antérieure d'un des cartilages thyroïdes, qui était dénudé. Le cœur avait son volume accoutumé; ses cavités étaient remarquables par leur petitesse, à laquelle contribuaient les colonnes charnues très développées à leur intérieur. Le tissu de ce cœur était ferme et pâle. Un caillot semblable par sa couleur et par sa consistance à de la gelée de groseille remplissait l'oreillette gauche; partout ailleurs le sang était liquide. Quelques plaques cartilagineuses ou osseuses parsemaient l'aorte. La surface interne de ce vaisseau, ainsi que celle de la veine cave et du cœur, était rouge.

Abdomen. La surface interne de l'estomac avait généralement une teinte ardoisée. La membrane muqueuse était partout d'une bonne consistance : les plis nombreux qu'elle présentait étaient surmontés de petites tumeurs mobiles et flottantes, semblables à des végétations polypeuses : elles étaient constituées par un tissu cellulo-muqueux. Elles étaient au nombre de quatorze, et avaient chacune environ le volume d'une noisette. De nombreuses ulcérations remplissaient l'intestin grêle; on en retrouvait plusieurs dans le gros intestin. Les autres organes ne présentaient rien de remarquable.

Dans ce cas, la contracture est encore le seul phénomène auquel donne lieu le ramollissement du cerveau. Elle n'est d'abord que partielle et bornée à deux doigts, puis elle aug-

mente graduellement, sans s'étendre toutefois au membre abdominal; celui-ci n'offre autre chose qu'une simple paralysie. Cette contracture persiste; aucun autre accident nerveux ne vient la compliquer, et c'est, non par le cerveau, mais par les progrès de l'affection du poumon que la mort survient. L'existence d'une phthisie pulmonaire aussi bien caractérisée chez une femme de 78 ans, n'est pas une des circonstances les moins curieuses de cette observation. Nous noterons aussi comme un fait rare d'anatomie pathologique ces tumeurs comme polypiformes, qui faisaient saillie à la surface interne de l'estomac.

VIIe OBSERVATION.

Ramollissement occupant à la fois la couche optique et le corps strié d'un côté. Contracture dans les premiers temps, suivie d'une résolution complète des membres. Aucun autre accident cérébral. Anévrysme de l'aorte.

Un homme, âgé de 53 ans, avait été sujet pendant longtemps à des douleurs rhumatismales, qui occupèrent successivement la plupart des articulations. Deux ans avant son entrée à l'hôpital, il commença à ressentir de violens battemens de cœur, et sa respiration devint gênée. Lorsqu'il fut soumis à notre observation, nous reconnûmes facilement l'existence d'une affection organique du cœur : à la région précordiale, l'oreillette était repoussée avec force; tout le long du sternum, on entendait un bruit de soufflet très prononcé. Le pouls était fréquent, petit et régulier : il n'y avait eu encore aucune trace d'hydropisie. Vingt jours s'écoulèrent ainsi, lorsqu'un matin le malade nous montra le bras droit qui était forte-

ment contracté. Il nous raconta qu'en se réveillant il avait été tout étonné de ne pouvoir plus étendre la main sur l'avant-bras. Celui-ci était ramené sur le bras, et les doigts, fléchis sur la paume de la main, marquaient sur la peau de cette partie l'impression des ongles. Quelque effort que fît le malade, il ne pouvait pas changer cette position. L'idée d'un ramollissement de cerveau se présenta sur-le-champ à notre esprit; nous lui demandâmes s'il souffrait ou s'il avait souffert de la tête; il nous répondit négativement. Il n'avait pas non plus d'étourdissemens, et ses facultés intellectuelles avaient toute leur netteté : une large saignée fut pratiquée, et des vésicatoires furent appliqués aux extrémités inférieures. La contracture persista une partie de la journée; elle cessa le soir, et le lendemain matin nous trouvâmes les deux membres gauches complètement relâchés, mais paralysés. Pendant les vingt-cinq à trente jours suivans, cette paralysie resta la même; les membres n'offrirent pas la moindre trace de contracture, et du côté du cerveau aucun nouveau phénomène n'apparut. Cependant la maladie du cœur poursuivait son cours, les membres s'étaient infiltrés, et l'ascite commençait à devenir évidente, lorsque le malade mourut subitement.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Le cerveau ne nous présenta rien de notable jusqu'au niveau de la couche optique et du corps strié du côté gauche. Ces deux corps étaient transformés en partie en une bouillie jaunâtre. La substance nerveuse située autour d'eux participait à ce ramollissement. Rien autre chose de remarquable ne fut rencontré dans l'encéphale.

Thorax. Hypertrophie des parois des deux ventricules,

avec rétrécissement notable de la cavité du ventricule gauche ; orifices du cœur libres de tout obstacle.

Depuis son origine, et jusqu'à son entrée dans l'abdomen, l'aorte présente une largeur au moins triple de celle qui appartient à son état normal. Sa surface interne est parsemée de rugosités nombreuses qui sont dues à des plaques cartilagineuses ou osseuses. Vers le milieu de la portion descendante de l'aorte thoracique, existe une vaste poche anévrysmale qui s'est ouverte dans le médiastin postérieur. Celui-ci est rempli d'énormes caillots de sang ; de là, la cause de la mort subite. Un peu plus bas, l'aorte est percée d'une autre ouverture, à bords mousses et arrondis, assez large pour admettre une noix. Elle conduit dans une cavité qui aurait pu recevoir un petit œuf de poule ; des caillots fibrineux la remplissent ; son fond est constitué par le corps de deux vertèbres, dont la substance osseuse est à nu et rugueuse en quelques points. Les parois de cette cavité sont formées par un tissu cellulaire dense qui d'une part adhère aux vertèbres, et d'autre part est fixé au pourtour de la perforation aortique.

Abdomen. Les différens organes qu'il contient ne présentent rien à noter.

Cette observation diffère des deux précédentes, en ce que la contracture ne se montra que d'une manière momentanée, et fut bientôt remplacée par une simple paralysie. Celle-ci persista jusqu'à la mort, qui fut due à la rupture de l'anévrysme dont l'aorte thoracique était le siége. Dans ce cas, du reste, comme dans les autres, il est évident d'après la manière brusque dont se montra la contracture, sans qu'au-

cun autre accident nerveux précédât la lésion du mouvement, que le ramollissement s'accomplit tout à coup. Plus bas nous verrons d'autres cas où la marche de la maladie et ses symptômes nous porteront à penser que c'est peu à peu que s'est formé dans le cerveau le travail morbide qui amène le ramollissement. C'est le premier cas dans lequel nous voyons cette altération avoir son siége au sein de la couche optique et du corps strié.

VIIIe OBSERVATION.

Ramollissement d'un des lobes postérieur et moyen d'un des hémisphères. Contracture au début. Alternative de contracture et de simple paralysie pendant le cours de la maladie. Gastro-entérite chronique.

Une femme, âgé de 37 ans, était sujette, depuis sa première jeunesse, à un dévoiement presque continuel. Depuis long-temps aussi elle avait des digestions pénibles; par intervalle elle toussait un peu. Lorsque nous la vîmes pour la première fois, elle était pâle et maigre; la circulation n'était pas troublée. Mais deux mois avant son admission à l'hôpital, elle avait commencé à éprouver un phénomène singulier : de temps en temps le petit doigt et le doigt annulaire de la main gauche se portaient avec force, sans que la volonté de la malade pût l'empêcher, vers la paume de la main. Cette contracture partielle durait depuis un quart d'heure jusqu'à deux heures, puis elle cessait. Pendant le premier mois, elle revenait seulement tous les trois ou quatre jours, et aucun autre accident nerveux ne l'accompagnait. Au commencement du deuxième mois, tous les doigts commencèrent à se fléchir, par intervalle aussi, sur la paume de la main, et

bientôt après la main elle-même se contractura de telle sorte qu'elle faisait avec l'avant-bras un angle aigu dans le sens de la face antérieure de celui-ci ; elle était en même temps contournée de telle sorte que la paume de la main, au lieu d'être située sur un même plan que la face antérieure de l'avant-bras, regardait au contraire en dehors. Cette double contracture des doigts et de la main, passagère d'abord, était devenue permanente, lorsque la malade fut soumise à notre observation. Jusque-là les mouvemens de l'avant-bras lui-même n'avaient été nullement altérés ; mais bientôt nous le vîmes se fléchir aussi sur le bras, par intervalle d'abord, puis d'une manière continue. Mais, chose remarquable ! lorsque la contracture de l'avant-bras fut bien établie, celle des doigts diminua, puis cessa entièrement, et en même temps celle de la main devint moins forte. Pendant quinze jours la contracture de l'avant-bras fut constante ; au bout de ce temps elle diminua à son tour, et fut enfin remplacée par une simple paralysie. Depuis long-temps celle-ci existait dans le membre abdominal gauche. Pendant huit jours nous n'observâmes autre chose qu'une hémiplégie sans trace de contracture ; puis celle-ci reparut. Dès-lors le membre thoracique gauche se montra alternativement, tantôt en résolution complète, tantôt contracturé. La contracture portait tour à tour ou à la fois sur les doigts, sur la main, sur l'avant-bras. Trois ou quatre fois la jambe se fléchit violemment sur la cuisse. Du reste, conservation de la sensibilité dans les membres gauches ; aucune douleur, aucune céphalalgie, aucun trouble de l'intelligence. Cependant la diarrhée devint de plus en plus considérable ; une large eschare se forma au sacrum, et la malade succomba sans avoir présenté de nouvel accident du côté du cerveau.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien par un peu de sérosité transparente ; deux cuillerées à café de cette même sérosité dans les ventricules latéraux. Les lobes postérieur et moyen de l'hémisphère droit sont transformés, dans les deux tiers de leur étendue, en une bouillie jaunâtre au sein de laquelle ne se dessine aucun vaisseau, ne se montre aucun épanchement sanguin. Ce ramollissement commence à un pouce environ au-dessous des circonvolutions de la convexité : il se prolonge à peu près jusqu'au niveau de la couche optique, sans l'intéresser ; en avant, il se termine à l'union des deux tiers postérieurs, avec le tiers antérieur de la couche optique ; en arrière, il arrive presque jusqu'à la périphérie du cerveau.

Thorax. Quelques tubercules miliaires, entourés d'un parenchyme très sain, sont disséminés dans le lobe supérieur du poumon gauche : on n'en trouve aucun dans le droit. Le cœur et ses annexes n'offrent rien de remarquable.

Abdomen. La surface interne de l'estomac a une teinte ardoisée dans les trois quarts de son étendue. La muqueuse gastrique a une grande épaisseur et une consistance plus grande que celle de son état normal. Les villosités du duodénum et du commencement du jéjunum sont teintes en noir. De nombreuses ulcérations à fond noir, à bords élevés, parsèment la membrane muqueuse de l'iléum ; on en retrouve quelques-unes dans le cœcum et dans le commencement du colon. Les ganglions mésentériques sont volumineux, et quelques-uns contiennent de la matière tuberculeuse. Le foie est pâle, friable, il graisse le scalpel. Rien de remarquable dans les autres organes.

Dans les observations qui ont précédé celle-ci, nous avons vu d'abord la contracture persister pendant tout le cours de la maladie ; nous avons vu ensuite d'autres cas dans lesquels, se montrant seulement au début, elle a été remplacée par une simple paralysie. Dans l'observation présente, les choses se passent encore autrement : c'est encore par la contracture que commence la lésion du mouvement ; la paralysie lui succède, puis ces deux phénomènes alternent et se montrent tour à tour. Une autre circonstance remarquable de cette observation, c'est que dans les premiers temps la contracture ne se montra que par intervalles et entre ceux-ci les membres reprenaient toute l'intégrité de leurs mouvemens. Dans ce cas, d'ailleurs, comme dans tous ceux que nous avons jusqu'à présent cités, le siége principal ou unique de la contracture était le membre thoracique ; le membre inférieur cependant participait à la lésion du mouvement ; mais souvent il n'était que paralysé.

Dirai-je maintenant un mot de l'affection chronique à laquelle, depuis long-temps, la malade était en proie? Cette affection suivit une marche inverse de sa marche ordinaire. Le tube digestif fut atteint le premier, ou du moins il manifesta le premier des symptômes, et dans le poumon, au contraire, la lésion ne semblait que commencer. Avec si peu de désordres dans l'appareil respiratoire, le foie avait cependant subi déjà la dégénération graisseuse. Notez que le sujet de cette observation était une femme.

IXe OBSERVATION.

Ramollissement du lobe moyen d'un des hémisphères. Hémiplégie sans complication d'aucune contracture.

Un ancien tailleur, âgé de 63 ans, entra à l'hôpital avec un ictère et une ascite, dont la cause nous parut résider dans une affection du foie. Cet homme, déjà émacié, s'avançait lentement vers une terminaison fatale, lorsqu'un jour il se plaignit d'une pesanteur singulière et d'un engourdissement dans les membres supérieur et inférieur du côté gauche. De ce côté, il ne pouvait serrer les objets avec la main que beaucoup moins fortement. Essayait-il de marcher, il lui semblait qu'un poids de cinquante livres (c'étaient ses expressions) retenait à terre son pied gauche. Il n'avait, d'ailleurs, aucune céphalalgie, aucun étourdissement, aucun signe, en un mot, de congestion cérébrale. Pendant les six semaines suivantes, le mouvement se perdit de plus en plus dans les membres gauches, et enfin l'hémiplégie fut complète. Deux mois environ après que les premiers signes de paralysie se furent montrés, la langue se sécha, du dévoiement s'établit, et bientôt le malade succomba. Jusqu'à l'instant de la mort, nous ne remarquâmes d'autre accident du côté du système nerveux qu'un état obtus de l'intelligence, qui ne survint qu'en même temps que la langue se sécha. Nous nous assurâmes bien qu'à aucune époque il n'y avait eu de contracture.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Un peu au-dessus du centre ovale de Vieussens,

et à une distance à peu près égale de ses extrémités antérieure et postérieure, l'hémisphère droit présente un ramollissement qui occupe un espace capable d'admettre une noix ordinaire. Ce ramollissement est d'un blanc grisâtre. Aucune autre altération appréciable n'existe dans les centres nerveux. Les ventricules ne contiennent qu'une médiocre quantité de sérosité.

Thorax. État sain des organes qu'il renferme.

Abdomen. Sérosité citrine dans le péritoine. Foie en cirrhose. Pointillé rouge vif de la membrane muqueuse de l'estomac vers le grand cul-de-sac. Injection assez notable d'un grand nombre d'anses intestinales, et de plusieurs points du colon.

Voilà un cas bien tranché, dans lequel il n'est plus du tout question de contracture. Une paralysie qui s'établit lentement, comme si une compression graduellement exercée avait agi sur le cerveau, tel est le seul phénomène par lequel, chez ce sujet, le ramollissement traduise son existence. Ainsi, à côté d'une lésion toujours identique par sa nature et par son siége, chaque observation que nous rapportons nous offre des désordres fonctionnels différens. Nous allons voir dans le fait suivant la paralysie se montrer encore sans contracture, et, en outre, présenter dans son début et dans sa marche des circonstances qui, en séparant ce fait de celui que nous venons de rapporter, nous présenteront encore sous un nouveau point de vue les symptômes du ramollissement du cerveau.

Xe OBSERVATION.

Ramollissement d'un des lobes antérieurs. Au début, signes de congestion cérébrale; plus tard, hémiplégie qui disparaît à son tour. Cécité du côté paralysé.

Un jeune homme, âgé de 18 ans, très fortement constitué, commença à éprouver, dans les premiers jours du mois d'avril, une céphalalgie qui avait spécialement son siége vers le front; en même temps étourdissemens, vertiges, tintemens d'oreille. C'est avec ces signes de congestion cérébrale qu'il entra à la Charité le 10 avril. Il nous raconta lui-même, avec la plus parfaite netteté, les détails relatifs à sa santé qui viennent d'être exposés. La face était rouge, et exprimait l'abattement. Il n'y avait point de fièvre : les mouvemens étaient intacts, ainsi que la sensibilité cutanée; toutefois le sens de l'ouïe était très obtus, et le malade nous dit qu'il était devenu sourd depuis trois ou quatre jours. Deux fois déjà, dans le courant des deux années précédentes, il avait eu des accidens semblables, qui chaque fois avaient été accompagnés d'un peu de surdité. Aucun trouble n'existait du côté des fonctions digestives et respiratoires (*trente sangsues au cou; une pinte d'eau de veau, avec addition d'une demi-once de sulfate de soude; limonade*).

Les piqûres des sangsues coulèrent avec abondance; dans la journée la céphalalgie et les vertiges, les tintemens d'oreille disparurent, ainsi que la surdité; et le lendemain matin, 12 avril, le malade se trouvait bien. Peu de temps après notre visite, il commença à éprouver dans le membre thoracique du côté gauche, des engourdissemens qui allèrent en

augmentant jusqu'au soir; le malade le sentait en même temps plus faible que l'autre. Il dormit la nuit; mais à son réveil tout le membre thoracique gauche était complètement privé de mouvement.

A la visite du 13, nous trouvâmes ce membre étendu le long du tronc et entièrement paralysé. Il ne présentait d'ailleurs aucun signe de contracture : la peau qui le recouvre paraissait avoir conservé sa sensibilité. Le membre abdominal du même côté pouvait encore être mû facilement par la volonté du malade. La commissure droite était légèrement tirée en haut; cette déviation devenait plus évidente, lorsque le malade riait. Il ne voyait pas de l'œil gauche; les deux pupilles étaient également dilatées; le pouls avait de la fréquence (*saignée de douze onces; sinapismes; lavement purgatif*). Aucune selle n'eut lieu malgré le lavement.

Le 14, la paralysie s'était étendue au membre abdominal gauche. Le malade ne répondait aux questions, que lorsqu'on insistait fortement. Alors on eût dit qu'on l'arrachait d'un sommeil profond; il paraissait recueillir un instant ses idées, puis il répondait d'une manière lente, mais juste et précise (*trente sangsues au cou; petit-lait avec addition d'une once de sulfate de soude pour une pinte; vésicatoires aux cuisses*). Il n'y eut pas plus de selle que la veille malgré l'apozème administré.

Le 15, même état : deux selles eurent lieu à la suite d'un lavement purgatif.

Du 16 au 25, l'hémiplégie resta la même; chaque matin nous trouvions la paupière supérieure gauche à moitié abaissée sur le globe de l'œil, et la commissure droite des lèvres tirée en haut. La langue, que le malade projetait difficilement hors de la bouche, se déviait un peu à gauche. Toute

la journée, le malade était assoupi ; mais, si on le réveillait, il montrait une intelligence très nette. Le pouls conservait une assez grande fréquence, bien que la peau fût sans chaleur. Sa petitesse contrastait d'une manière remarquable avec la force des battemens du cœur.

Dans cet intervalle de temps, une saignée de douze onces fut encore pratiquée ; chaque jour des sinapismes furent appliqués aux extrémités inférieures ; de légers bouillons furent permis.

Le 26, l'état du malade avait beaucoup empiré. Pour la première fois, il ne répondait plus aux questions, ne proférait aucune parole, et semblait totalement étranger à tout ce qui l'environnait. Ses yeux restaient fermés, ou bien, lorsqu'ils s'ouvraient, ils étaient fixes et sans expression. Vingt sangsues furent appliquées au cou.

Du 27 avril au 1er mai, cette application de sangsues fut renouvelée chaque jour. Aucun changement n'eut lieu.

Le 1er mai, amélioration sensible ; retour de l'intelligence et de la parole ; léger mouvement de l'avant-bras gauche.

Du 1er au 4 mai, l'intelligence se conserva, et quelques mouvemens commencèrent à avoir lieu dans les parties paralysées.

Le 4 mai, le malade put amener assez librement le membre abdominal gauche sur le droit. Il pouvait aussi ce jour-là imprimer assez de mouvement au membre thoracique gauche, pour l'amener lentement sur l'abdomen. Les lèvres et la langue n'étaient plus déviées ; l'œil gauche avait recouvré la faculté de voir. La paralysie du muscle releveur de la paupière supérieure gauche avait cessé. L'intelligence avait une grande netteté ; les réponses étaient remarquables par

leur justesse et par leur extrême précision. Le pouls n'avait plus de fréquence.

Dans cet état de choses, il était permis d'espérer le rétablissement du malade. Les quatre jours suivans, tout sembla confirmer cet espoir. Mais le 8 mai, sans cause connue, le malade délira pendant la nuit. A la visite du 9, nous le trouvâmes plongé dans un état comateux; il ne parlait pas, et ne témoignait aucune douleur, lorsqu'on pinçait très fortement la peau. Le pouls avait repris une grande fréquence. Trente sangsues furent appliquées au cou : pendant que le sang coulait, le malade sortit de son assoupissement, et revint à l'état des jours précédens.

A dater de cette époque, les mouvemens des membres gauches devinrent de plus en plus libres et faciles. Le 16 mai, une agilité à peu près égale existait des deux côtés du corps; seulement le malade ne pouvait rien serrer un peu fortement avec sa main gauche. Ainsi il ne restait plus que des traces légères de la maladie du cerveau. Mais alors de nouveaux symptômes apparurent : la langue rougit et se sécha; une diarrhée abondante s'établit; la peau du grand trochanter gauche commença à présenter une teinte rouge livide, qui annonçait la formation prochaine d'une eschare. Dès ce moment, le pouls devint très fréquent et très petit; la température de la peau s'éleva, et un dépérissement rapide eut lieu. Le malade qui les jours précédens avait pris des bouillons, des crêmes de riz et des potages, fut mis de nouveau à une diète sévère, et on lui donna pour boisson de l'eau de riz édulcorée avec du sirop de gomme.

Le 24 mai, une eschare énorme existait au grand trochanter. Le dévoiement était très abondant; la langue très rouge,

brune à son centre; la faiblesse était extrême. Cependant les facultés intellectuelles se conservaient intactes. Il ne restait plus d'autre trace de la paralysie qu'une certaine pesanteur du membre abdominal gauche.

Pendant la fin du mois de mai, une vaste ulcération s'établit à la partie supérieure externe de la main gauche; les autres symptômes ne présentèrent d'autre changement qu'une augmentation graduelle de la faiblesse. Le malade s'éteignit dans les premiers jours du mois de juin, sans avoir présenté aucun accident du côté du cerveau. Il était donc raisonnable de penser qu'on trouverait celui-ci sain : nous allons voir qu'il fut loin d'en être ainsi.

OUVERTURE DU CADAVRE

13 heures après la mort.

Habitude extérieure. Marasme général; ulcération de huit à neuf pouces de diamètre sur le trochanter gauche. La peau qui en forme les bords est décollée dans l'étendue de plusieurs pouces; son fond est d'un noir foncé; on y voit à nu l'aponévrose du grand fessier : une odeur fétide s'en exhale.

Crâne. La dure-mère et l'arachnoïde ne présentent rien de remarquable. La pie-mère est assez vivement injectée.

Les circonvolutions cérébrales sont aplaties à la face supérieure du lobe antérieur de l'hémisphère droit, depuis la pointe de ce lobe jusqu'au corps strié. Dans cette étendue, la couleur grise des circonvolutions est remplacée par une couleur d'un blanc sale nuancée d'une légère teinte rosée. A peine touchée par le doigt, cette portion du cerveau semble comme diffluente, et sa mollesse extrême contraste d'une manière frappante avec la consistance assez grande du reste de

l'encéphale. En versant un filet d'eau sur cette espèce de bouillie, on la voit se diviser en plusieurs grumeaux semblables à du lait caillé, que sépare un liquide trouble semblable à du petit-lait qui n'a point été clarifié.

L'altération qui vient d'être décrite s'étendait en hauteur depuis les circonvolutions de la convexité jusqu'à celles de la base. Elle occupait à peu près toute la largeur du lobe antérieur ; nous avons indiqué ses dimensions en longueur.

Un liquide rougeâtre remplissait les ventricules latéraux en assez grande quantité pour les distendre.

Aucune autre lésion appréciable n'existait dans l'encéphale.

Thorax. Les poumons, parfaitement sains, n'étaient pas même engoués. Le cœur, proportionné à la taille et à la force du sujet, ne contenait qu'une petite quantité de sang noir liquide. Un caillot noir et mou remplissait une partie de l'oreillette droite, et se prolongeait dans la veine cave supérieure. L'aorte, vide de sang, était remarquable par le peu d'épaisseur de ses parois.

Abdomen. L'estomac était distendu par des gaz et par des liquides : sa face interne présentait une vive rougeur en plusieurs points de son étendue, savoir : dans la majeure partie du grand cul-de-sac, le long de la petite courbure, et dans l'étendue de cinq ou six travers de doigts en-deçà du pylore. Dans tous ces points, c'était la membrane muqueuse elle-même qui était le siége de la couleur rouge. Dans le grand cul-de-sac, elle avait conservé sa consistance accoutumée. Le long de la petite courbure, elle s'enlevait en pulpe par le plus léger grattage. Le duodénum était blanc dans sa première portion. Dans la deuxième et le commencement de la troisième, la muqueuse était parsemée d'une foule de points

rouges serrés les uns contre les autres. L'intestin était assez vivement injecté par places dans son tiers supérieur, que remplissait du mucus et de la bile. Partout ailleurs sa surface interne était pâle et sèche; un liquide comme aqueux et d'un vert brunâtre remplissait tout le gros intestin. La face interne du cœcum, du colon ascendant, et d'une grande partie du colon transverse présentait une rougeur intense, disposée par plaques nombreuses et rapprochées. Là où existaient ces plaques rouges, la membrane muqueuse se réduisait en bouillie.

Le foie, pâle et très friable, graissait légèrement le scalpel. La rate, d'un médiocre volume, présentait un tissu assez dense.

Les autres organes n'offraient rien de remarquable.

Nous recevons souvent dans nos hôpitaux des malades qui présentent à leur entrée les mêmes symptômes que l'individu qui fait le sujet de l'observation précédente. Ces symptômes, qui sont regardés comme caractérisant une congestion cérébrale, cèdent ordinairement à quelques émissions sanguines, à la diète, à l'usage des boissons délayantes et au repos. Ici, ils furent comme le prodrôme d'une affection beaucoup plus grave : une hémiplégie vint les compliquer, ou plutôt leur succéda; car c'est une chose remarquable que, dès le moment où les membres du côté gauche commencèrent à se mouvoir moins facilement, les signes proprement dits de congestion cérébrale disparurent; la surdité elle-même cessa. Cette hémiplégie était accompagnée d'une perte de mouvement du côté gauche de la face, et de la paupière supérieure du même côté. En même temps la langue sortait de la bouche,

en se déviant à gauche. En aucun des points paralysés, ne se montra à aucune époque la moindre trace de contracture. A peu près en même temps la vue se perdit du côté gauche. Au milieu de ces remarquables désordres du mouvement et du sentiment, l'intelligence ne se troubla pas d'abord, et plus tard elle ne s'altéra que par intervalles. Plusieurs fois nous trouvâmes le malade plongé dans un état comateux, qui le lendemain avait disparu. Ainsi le seul désordre fonctionnel constant portait sur le mouvement; car l'amaurose du côté gauche n'eut elle-même qu'une durée passagère. Enfin arriva une époque où le mouvement lui-même se rétablit à tel point que nulle part il ne resta plus de trace de paralysie, et l'affection cérébrale nous parut guérie. Ce fut alors qu'apparurent de nouveaux accidens, liés à l'énorme eschare dont un des trochanters était le siége, et à la phlegmasie gastro-intestinale qui prit naissance. C'est à ces accidens que le malade succomba.

Devions-nous trouver encore quelque lésion dans le cerveau? on pouvait en douter, puisque depuis long-temps les symptômes de cette lésion avaient cessé d'exister : il n'y avait plus, quelques jours avant la mort, que cette faiblesse générale du mouvement, du sentiment et de l'intelligence qui caractérise l'état adynamique, et qui ne se rattache à aucune altération spéciale de l'encéphale ou de ses annexes. Cependant une lésion bien grave existait encore dans le cerveau : elle persistait, très intense encore, en l'absence des symptômes auxquels elle avait d'abord donné naissance.

Cette lésion était exactement limitée à l'un des lobes antérieurs, et cependant le membre supérieur avait été paralysé; elle s'étendait jusqu'aux circonvolutions, et cependant le trouble de l'intelligence n'avait jamais été qu'un phénomène

secondaire et transitoire. Enfin la parole était conservée, bien que le ramollissement eût pour siége le lobe antérieur.

XIe OBSERVATION.

Ramollissement d'un des hémisphères. Vive injection de l'autre. Mouvemens convulsifs. État comateux le dernier jour.

Une femme, âgée de 27 ans, après avoir fait de grandes courses dans Paris pendant le mois de juillet, fut prise d'étourdissemens et d'une céphalalgie qui avait surtout son siége vers le front. Elle avait en même temps de l'insomnie, et son appétit avait disparu. Ces symptômes, qui étaient ceux d'une forte courbature, avec tendance à une congestion cérébrale, existaient depuis une dixaine de jours, lorsque la malade fut soumise à notre observation. Alors la céphalalgie persistait, mais elle n'occupait que le front, et surtout les deux régions sus-orbitaires. La malade avait des vertiges; elle sentait les artères carotides battre avec force. La face était rouge et comme bouffie; une sorte d'engourdissement occupait les membres; le pouls était fréquent et la peau chaude. Du côté des voies digestives, il n'y avait d'anormal qu'une anorexie complète et un état saburral de la langue. La malade fut immédiatement saignée.

Le lendemain, nous trouvâmes la malade à peu près dans le même état : elle avait senti son mal de tête et ses vertiges diminuer pendant qu'on la saignait; mais bientôt ces symptômes avaient reparu avec toute leur intensité première. Le pouls conservait sa fréquence : le sang extrait de la veine était rassemblé en un caillot large, dense, dépourvu de couenne. Trente sangsues furent appliquées à l'anus.

Les piqûres des sangsues donnèrent beaucoup de sang, et cependant il n'en résulta encore aueun amendement.

Treize à quatorze jours s'étaient ainsi éeoulés depuis l'invasion des premiers aecidens eérébraux, lorsque la malade fut prise tout à eoup de eonvulsions violentes du membre thoracique gauche. Dans les premières vingt-quatre heures de leur apparition, ces eonvulsions revinrent sept à huit fois, et chaque fois elles durèrent environ vingt minutes. Dans leurs intervalles, le membre jouissait de toute sa mobilité; il n'offrait pas non plus de raideur; la malade n'y ressentait aucune douleur; de temps en temps seulement, on voyait les doigts s'agiter d'une manière convulsive. Une nouvelle saignée d'une livre fut pratiquée, et les extrémités inférieures furent eouvertes de sinapismes.

Lorsque nous revîmes la malade, les convulsions n'avaient pas cessé; loin de là, elles se rapprochaient, et elles s'étaient étendues au eôté gauche de la face. La tête fut couverte de glace, et chaque cuisse irritée par l'application d'une forte eouche de pommade ammoniacale.

Dans la journée, le eôté droit de la face fut à son tour pris de convulsions.

Au milieu de ce désordre de la motilité, l'intelligence et le sentiment étaient restés intacts; mais bientôt il ne devait plus en être ainsi. Vingt-quatre heures plus tard, en effet, les accès convulsifs devinrent de plus en plus fréquens. Presque tout le corps en était devenu le siége; on les voyait s'emparer, soit tour à tour, soit simultanément des deux eôtés de la faee, des membres droits et gauehes. Ils étaient toujours beaucoup plus intenses dans les membres supérieurs que dans les inférieurs. Cependant, à mesure que les accès convulsifs se rapprochèrent, les premiers signes de congestion cérébrale

prirent aussi une plus grande intensité : la face s'injecta fortement, et devint comme violacée; l'intelligence, frappée d'abord d'une sorte de stupeur, finit par s'anéantir : un profond coma s'établit; alors les convulsions cessèrent, la respiration s'embarrassa, une écume sanguinolente remplit la bouche, et la malade succomba comme asphyxiée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Une sérosité légèrement trouble infiltre en petite quantité le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères. Les circonvolutions ne sont altérées ni sous le rapport de leur couleur, ni sous celui de leur consistance. A deux pouces environ au-dessous du fond des anfractuosités, vers le milieu de l'espace qui s'étend entre l'extrémité du lobe antérieur de l'hémisphère droit et le corps strié du même côté, et non loin de la scissure interlobaire, la pulpe cérébrale est notablement ramollie. Là, où elle a perdu sa consistance, elle est en même temps d'un rouge assez foncé : ce ramollissement peut occuper environ un pouce cube. Autour de lui, la substance cérébrale est assez vivement injectée. Dans le lobe antérieur de l'hémisphère gauche, à peu près au même endroit, on observe une injection tellement forte du cerveau que sa substance paraît comme ecchymosée; dans ce point si fortement hypérémié, elle a d'ailleurs conservé sa consistance. Le reste de l'encéphale est assez vivement injecté.

On ne trouve rien de remarquable dans les autres organes.

Il ne nous paraît nullement vraisemblable que les symptô-

mes de congestion cérébrale, que présenta d'abord la malade, dépendissent du ramollissement que nous révéla l'ouverture du corps. Ce ramollissement ne se forma que plus tard, et d'abord il n'y eut probablement autre chose qu'un appel du sang, plus considérable que de coutume, dans les vaisseaux cérébraux. Remarquez, d'ailleurs, combien, dans ce cas particulier, les émissions sanguines pratiquées eurent peu d'influence sur les symptômes par lesquels l'hypérémie cérébrale traduisit son existence, et par conséquent sur cette hypérémie elle-même. Celle-ci fut en quelque sorte le prodrôme de la lésion plus grave qui, au bout d'une douzaine de jours, lui succéda, et à laquelle se rattache l'apparition des mouvemens convulsifs. Ici donc le ramollissement s'annonce d'une manière toute différente que dans les précédentes observations : le désordre fonctionnel le plus saillant porte encore sur le mouvement ; mais celui-ci est troublé d'une autre façon ; ce n'est plus de la contracture comme dans plusieurs cas, ce n'est plus de la paralysie comme dans d'autres. Les convulsions sont d'abord limitées au côté gauche du corps, et c'est dans l'hémisphère droit qu'on trouve le ramollissement. Plus tard, le côté droit du corps se convulse à son tour, et l'on trouve dans l'hémisphère gauche une lésion moins avancée que celle de l'hémisphère droit, qui paraît en être un premier degré. Notez, en effet, que le ramollissement a ici une couleur rouge très prononcée, et qu'autour de lui existe une vive injection de la pulpe nerveuse. On est donc porté à admettre que cette rougeur et cette injection ont précédé le ramollissement ; si la vie se fût prolongée, il est infiniment vraisemblable qu'on eût trouvé aussi privée de sa consistance la portion ecchymosée de l'hémisphère gauche. Du reste, les symptômes viennent encore confirmer cette manière de voir. Ce fu-

rent les mêmes qu'on observa des deux côtés du corps; et, de plus, le côté du corps qui se convulsa le dernier, était opposé au côté du cerveau où nous trouvâmes la lésion que nous regardons comme la moins avancée, et comme le premier degré de l'autre. L'état comateux qu'on observa le dernier jour seulement est l'état dans lequel meurent la plupart des individus qui ont été en proie à des convulsions générales plus ou moins prolongées. Mais jusque-là le désordre du mouvement n'avait pas le moins du monde entraîné celui de l'intelligence.

Remarquez aussi que la double lésion du cerveau avait de chaque côté son siége dans le même point; que cette lésion, comme chez le sujet de l'observation IX, résidait encore dans la partie la plus antérieure des hémisphères, en avant des corps striés, et que cependant l'altération du mouvement avait commencé et avait toujours prédominé dans les membres thoraciques. Il n'y avait pas non plus perte de la parole; car, jusqu'à l'apparition de l'état comateux, la malade nous rendit constamment compte elle-même de son état, sans manifester aucun embarras de langage.

XIIe OBSERVATION.

Ramollissement dans les deux hémisphères. Paralysie ancienne; plus tard raideur tétanique d'un des bras, produit par un nouveau ramollissement. Délire vers la fin.

Un homme de 55 ans entra à l'hôpital de la Charité, en juillet 1821, avec une hémiplégie droite. Nous sûmes de lui qu'il avait perdu peu à peu le mouvement du côté droit, sans avoir jamais eu ni contractions, ni convulsions; bien

qu'il rendît exactement compte de son état, et qu'il n'offrît aucun signe d'aberration d'esprit : il y avait cependant dans ses réponses quelque chose de lent, et comme d'incertain, qui décélait une certaine faiblesse d'intelligence ; il n'accusait aucune douleur de tête, et il affirmait n'en avoir jamais éprouvé. Du reste, la digestion, la circulation et la respiration paraissaient être dans leur état normal ; aucun changement n'eut lieu pendant les trois mois suivans. Au bout de ce temps, son état se modifia tout à coup ; à l'espèce de torpeur dans laquelle il restait habituellement plongé, avait succédé un état général d'agitation ; il délirait complètement ; les membres droits restaient immobiles et flasques comme de coutume ; ceux du côté gauche présentaient de nouveaux phénomènes : ainsi, le membre thoracique, auquel aucun mouvement volontaire ne semblait plus pouvoir être imprimé, était allongé le long du tronc, et d'une raideur semblable à celle du tétanos ; ce n'était pas là de la contracture ; le malade, par une sorte de mouvement automatique, repoussait sans cesse ses couvertures avec sa jambe gauche.

Le lendemain, nous ne trouvâmes plus aucune trace de l'état d'excitation de la veille. Le délire avait été remplacé par un état très obtus de l'intelligence ; les membres gauches étaient paralysés comme ceux du côté droit. Les cinq jours suivans, les traits s'altérèrent ; la face jaunit, la langue se sécha ; le pouls acquit une grande fréquence ; le ventre se ballonna ; une diarrhée abondante s'établit, et, sans qu'aucun nouveau phénomène apparût du côté du cerveau, le malade succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. La pie-mère était assez vivement injectée sur toute

la convexité des hémisphères ; la substance nerveuse, très ferme excepté en un point que nous allons indiquer, était comme sablée d'un grand nombre de points rouges. Tout-à-fait à l'extrémité antérieure et interne de l'hémisphère gauche, celui-ci paraissait comme affaissé, et donnait au doigt qui le pressait la sensation des parois d'une cavité vide ; l'arachnoïde, qui recouvre cette portion du cerveau, avait une couleur rouge intense ; au-dessous d'elle, la substance cérébrale était réduite en une bouillie d'un blanc rosé. Ce ramollissement s'étendait en arrière jusqu'au corps strié, dont il atteignait à peine la partie la plus postérieure ; il pénétrait en profondeur jusqu'un peu au-dessus du niveau du centre ovale ; il occupait une largeur de trois pouces.

Dans ce même hémisphère gauche, en dehors et un peu en avant de la couche optique, et au même niveau qu'elle, existait dans une étendue de deux pouces en tout sens un second ramollissement de couleur chocolat.

Dans l'hémisphère droit, le corps strié nous présenta, à sa partie moyenne, un troisième ramollissement, d'une couleur jaune rougeâtre; il était exactement limité à la partie centrale de ce corps, qui, autour de lui, avait conservé sa couleur accoutumée.

Le reste de l'encéphale était exempt d'altération appréciable.

Dans les autres cavités, nous ne trouvâmes à noter autre chose qu'un engouement considérable des poumons, et une injection assez vive d'un assez grand nombre de points de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Le double ramollissement dont l'hémisphère gauche était

ici le siége, ne donna lieu à d'autres phénomènes qu'à une diminution progressive du mouvement dans les membres droits, et enfin à leur paralysie complète. Dans ce cas, néanmoins, il y avait plus de torpeur intellectuelle que dans les cas précédens. Bien que ce ramollissement, existant en deux points différens, eût atteint une portion assez étendue de l'hémisphère gauche, la maladie suivit une marche tout-à-fait chronique; le ramollissement de l'hémisphère droit, au contraire, bien que beaucoup moins considérable, détermina des symptômes plus aigus. C'est de lui que dépendit cette raideur tétanique du bras droit, que nous n'avons encore notée dans aucune de nos observations, et qu'il ne faut pas confondre avec la contracture; c'est aussi la première fois que nous voyons apparaître le délire; mais dans ce cas, n'était-il pas lié à l'hypérémie notable dont les méninges étaient le siége? On peut au moins poser cette question.

Ce cas se rapproche du précédent par la nature du ramollissement qui, dans tous les points où il existait, était coloré en diverses nuances rouges.

Quant au siége du ramollissemement, ici encore, comme dans beaucoup de nos autres observations, il n'est point indiqué par le siége de la lésion du mouvement : dans l'hémisphère gauche, à la vérité, il y a un double ramollissement, l'un dans le lobe antérieur, l'autre dans le lobe moyen, et les deux membres du côté droit sont paralysés; mais, dans l'hémispère droit, la partie moyenne du corps strié est seule altérée, et cependant le membre thoracique gauche présente dans ses mouvemens un désordre qui ne peut s'expliquer que par cette lésion; le membre abdominal n'a, au contraire, ni paralysie, ni contracture, ni convulsion, ni raideur tétanique.

XIIIe OBSERVATION.

Ramollissement de la couche optique du côté droit. État diffluent de la voûte à trois piliers. Phénomènes tétaniques au début; plus tard alternatives de paralysie et de mouvemens convulsifs dans le côté gauche du corps.

Un paveur, âgé de 30 ans, d'une assez forte constitution, éprouva tout à coup, sans cause connue, le 4 novembre, une raideur de la nuque; sa tête se renversa en arrière, et bientôt le tronc lui-même fut entraîné dans cette direction; cet emphrosthotonos alla en augmentant les jours suivans; le 16 novembre, le malade entra à la Charité. Voici, à cette époque, quel était son état.

La tête, fortement renversée en arrière, était maintenue constamment dans cette position; le malade ne pouvait ni la porter en avant, ni l'incliner à droite ou à gauche. Le tronc était fortement arqué, de telle sorte que le milieu du dos ne reposait pas sur le lit. La nuque était le siége d'assez vives douleurs que la pression n'augmentait pas; les mâchoires présentaient un commencement de trismus; les mouvemens des membres étaient parfaitement libres; l'intelligence avait toute son intégrité; il y avait absence complète de fièvre; la respiration était libre; aucun trouble notable n'existait du côté des voies digestives. Le malade fut saigné du bras.

Les deux jours suivans, même état (*trente sangsues à l'anus*).

Le 19, le renversement de la tête en arrière persistait ainsi que le trismus incomplet noté le 16; mais de plus, les

muscles des membres et ceux des parois abdominales présentaient un commencement de rigidité. Le malade nous disait que les bras lui faisaient mal.

Ainsi le tétanos, partiel d'abord, tendait à devenir général, et il avait déjà quinze jours de durée. Une seconde saignée du bras fut pratiquée.

Le lendemain 20 novembre, la maladie se présenta à nous sous un autre aspect. Le renversement de la tête persistait bien, mais elle était en même temps inclinée à gauche ; la rigidité des parois abdominales et celle des membres avait disparu ; mais le membre thoracique gauche avait perdu toute faculté de se mouvoir; soulevé, il retombait comme une masse inerte ; la peau qui le recouvre pouvait être fortement pincée sans que le malade témoignât aucune douleur ; il avait les yeux fermés, et paraissait dormir, mais on pouvait, en lui adressant la parole, le tirer de cet assoupissement, et alors ses réponses étaient justes ; il ne put pas nous dire à quelle époque son bras gauche s'était paralysé ; il disait qu'il ne s'en souvenait pas, et il était fort étonné de ne pouvoir pas lui imprimer de mouvement ; il nous répétait qu'il ne le sentait plus du tout ; le pouls avait acquis une légère fréquence. Quinze sangsues furent appliquées sur le trajet de chaque veine jugulaire, et un vésicatoire fut placé à chaque jambe.

Dans la journée et pendant l'écoulement des piqûres de sangsues, le membre paralysé fut pris, à plusieurs reprises, de mouvemens convulsifs.

Dans la matinée du 21 novembre, nous trouvâmes le malade plongé dans un assoupissement plus profond que la veille ; les pupilles étaient très dilatées ; elles se resserraient toutefois à la lumière. Il n'y eut, pendant notre visite, aucune apparence de convulsion, la paralysie du bras gauche

nous parut aussi prononcée que la veille, le pouls était fréquent, et la respiration accélérée.

Peu de temps après que nous eûmes quitté le malade, les mouvemens convulsifs reparurent; mais, cette fois, ils ne se bornèrent pas au membre paralysé, la face et les deux côtés du corps en furent le siége à plusieurs reprises.

Les deux jours suivans, on n'observa plus de convulsions. Le bras gauche resta constamment dans un état de simple résolution; les autres membres se remuaient par la volonté du malade; il était continuellement assoupi; lorsqu'on lui adressait la parole, il ouvrait les yeux, faisait effort pour répondre, mais il ne pouvait rien articuler; le pouls était très fréquent et très petit; les pupilles très dilatées se resserraient encore par l'impression de la lumière.

Le 24 novembre, nouvelle scène; grande agitation, cris continuels, face couverte de sueur. Dans la journée, convulsions violentes, étendues à tout le corps, au milieu desquelles la mort a lieu.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. La pie-mère étendue autour du cerveau, tant à la convexité qu'à la base, est vivement injectée; la couche grise superficielle des circonvolutions participe à cette injection; les ventricules latéraux sont remplis d'une sérosité limpide en assez grande quantité pour les distendre; la partie postérieure de la voûte à trois piliers est transformée en une bouillie d'un blanc mat, diffluente; la couche optique droite, à sa partie moyenne, présente un ramollissement aussi complet que celui de la voûte; il en diffère en ce qu'il a une teinte rougeâtre. Près de sa périphérie, ce ganglion a repris

toute sa consistance. Dans le reste de l'encéphale, on ne trouve rien d'anormal.

Les organes du thorax et de l'abdomen ne présentent rien de particulier à noter.

Trois périodes peuvent être distinguées, sous le rapport des symptômes, dans la maladie qui fait le sujet de la précédente observation. La première période est marquée par des phénomènes qui ressemblent à ceux du tétanos; c'est par eux que débute la maladie. Dans la seconde période, les phénomènes tétaniques disparaissent, et l'on n'observe plus qu'une simple paralysie, bornée à l'un des membres supérieurs. Dans la troisième période enfin, cette paralysie vient à alterner avec des mouvemens convulsifs qui, ne se montrant d'abord que dans la partie privée de mouvement, s'étendent ensuite à tout le corps. L'intelligence reste parfaitement libre pendant la durée de la première période; dans la seconde et dans la troisième, on observe un assoupissement qui d'abord n'empêche pas le malade de répondre avec netteté aux questions qu'on lui adresse, plus tard cet assoupissement devient plus profond, et enfin il est remplacé par une agitation convulsive au milieu de laquelle meurt le malade.

Pour expliquer ces symptômes complexes, nous trouvons des lésions qui le sont également, et dont il est assez difficile d'assigner le rôle précis dans la production des symptômes. Et d'abord on peut se demander si dans la première période, alors qu'on n'avait encore observé autre chose que des symptômes de tétanos, la couche optique droite était déjà ramollie. Ces symptômes dépendaient-ils plutôt d'une affection des méninges? Mais alors il y aurait eu du trouble dans les facul-

tés intellectuelles ; or c'est ce qui n'eut pas lieu : aussi sommes-nous portés à penser que l'injection vive de la pie-mère et des circonvolutions, constatée par l'autopsie, ne se forma que dans la troisième période, alors que l'intelligence se troubla. Ces symptômes de tétanos dépendirent-ils plutôt du ramollissement de la voûte à trois piliers? Tout ce que que nous avons à répondre à cela, c'est que mainte fois nous avons trouvé sur des cadavres un pareil ramollissement, sans que rien de semblable eût eu lieu pendant la vie. Dans aucun cas même, nous n'avons vu le ramollissement de la voûte, soit partiel, soit général, produire des accidens cérébraux quelconques. Nous ne pouvons donc pas affirmer que la lésion qui produisit les symptômes tétaniques fût du nombre de celles que l'autopsie nous révéla. Peut-être le ramollissement de la couche optique droite s'accomplit-il pendant la durée du travail morbide qui produisit le tétanos. Toujours est-il que l'accident incontestable qui en dépendait, la paralysie du bras gauche, ne se montra qu'en même temps que cessèrent les accidens tétaniques. Quant aux convulsions, il est probable qu'elles dépendirent de l'affection des méninges et de celle de la substance grise qui leur est subjacente. Les mouvemens convulsifs partiels qui ouvrirent la scène, et qui eurent lieu dans le membre paralysé, auraient pu seuls être rapportés au ramollissement de la couche optique. Il est vraisemblable que la distension des ventricules par une grande quantité de sérosité joua un rôle dans la production de l'assoupissement.

Cette observation, contrairement à plusieurs des précédentes, pourrait être alléguée en faveur de l'opinion de ceux qui placent la source des mouvemens des membres supérieurs dans les couches optiques.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS RELATIVES A DES CAS OU, AVEC DIVERSES LÉSIONS DU MOUVEMENT, A EXISTÉ UNE LÉSION DE LA SENSIBILITÉ.

Au dire de quelques-uns des auteurs qui se sont spécialement occupés du ramollissement du cerveau, la céphalalgie en est un des symptômes les plus constans, et elle marque surtout le début de l'affection. Les observations précitées prouvent au moins que dans un assez grand nombre de cas ce symptôme peut manquer. Celle qu'on va lire va fournir l'exemple d'un cas où, au contraire, la douleur de tête a été le phénomène prédominant.

Mais ce n'est pas seulement par de la céphalalgie que peut s'annoncer le ramollissement du cerveau : il est aussi des cas où, soit que cette céphalalgie existe ou non, les malades ressentent dans diverses parties du corps, et spécialement dans les membres, des douleurs vives, tantôt continues, tantôt intermittentes, qui précèdent les autres symptômes ou les compliquent. Ces douleurs pourraient parfois en imposer pour des douleurs de rhumatisme : il est donc bien important d'être au moins averti de la possibilité de leur existence. C'est ce qui nous a engagé à citer deux cas où elles se sont présentées avec quelques circonstances remarquables.

XIVe OBSERVATION.

Ramollissement de l'hémisphère droit. Hémorrhagie dans l'autre hémisphère. Céphalalgie avec commencement de paralysie des membres gauches. Plus tard attaque violente d'apoplexie.

Une cardeuse de matelas, âgée de 53 ans, avait toujours joui d'une bonne santé. Dans le courant du mois de septembre 1831, elle eommença à éprouver à l'union des régions temporale et pariétale du côté droit une douleur obtuse d'abord; et qui n'existait que par intervalles. Quinze jours se passèrent sans que la malade y attachât la moindre importanee : au bout de ce temps, la douleur devint plus vive. Tous les deux ou trois jours elle s'exaspérait tout à coup : alors cette femme comparait la douleur qu'elle éprouvait vers la tempe à eelle que lui aurait occasionée une *rage de dent;* c'était l'expression dont elle se servait. Après avoir persisté à ce haut degré d'intensité pendant sept à huit minutes, elle diminuait, mais toutefois en restant encore assez vive pour qu'elle troublât la malade et l'empêchât de se livrer à ses occupations. Elle se décida alors à consulter un médeein qui lui fit une saignée : la douleur n'en fut pas diminuée. Deux ou trois jours après l'émission sanguine, elle eommença à s'apercevoir qu'elle ne pouvait plus serrer aussi facilement les objets de la main gauche que de la droite : elle entra alors à l'hôpital de la Pitié.

Lorsque eette femme fut soumise à notre examen, elle avait son mal de tête depuis vingt-cinq jours environ. Son intelligence était parfaite; elle nous raconta avec une rare précision tout ce qu'elle avait éprouvé. L'accident qui atti-

rait toute son attention, c'était cette céphalalgie qui chaque jour, nous disait-elle, devenait plus insupportable. N'était-ce là qu'une simple affection nerverse ? nous eussions pu l'admettre, et nous lui aurions opposé volontiers le sulfate de quinine uni à l'opium, si dans les membres gauches n'eussent aussi existé des accidens qui paraissaient indiquer qu'en un point quelconque de son étendue l'hémisphère cérébral droit était comprimé ou désorganisé. Ces accidens étaient les suivans : la malade éprouvait depuis peu de jours dans ces membres une faiblesse qui allait en croissant. Elle pouvait toutefois leur imprimer du mouvement, mais avec plus de peine ; et lorsqu'elle essayait de marcher, il lui semblait que sa jambe gauche allait se dérober sous elle. La pulpe des doigts de la main gauche était le siége habituel d'un fourmillement incommode ; la peau avait conservé sa sensibilité normale. Les divers sens jouissaient de toute leur intégrité. Il n'y avait point de fièvre ; l'appétit était conservé ; la langue avait son aspect naturel.

En face de ces accidens, nous crûmes que, malgré l'insuffisance de la première saignée, une seconde devait être pratiquée. Elle ne parut exercer aucune influence, soit en bien, soit en mal.

Pendant les dix à douze jours suivans, l'état de la malade resta à peu près le même. Il ne fut pas modifié par des sangsues appliquées deux fois à l'anus (vingt chaque fois), et par un large vésicatoire qui fut placé à la nuque.

Un jour, pendant qu'elle se promenait dans la salle en traînant un peu la jambe gauche comme de coutume, elle tomba tout à coup sans connaissance et sans mouvement. A la visite du lendemain, nous la trouvâmes dans l'état d'un individu qui vient d'avoir une forte attaque d'apoplexie : face

rouge; yeux fermés; muscle buccinateur du côté droit distendu passivement à chaque expiration; perte absolue de connaissance; membres en résolution complète : aucun signe de sensibilité lorsqu'on pince la peau; respiration stertoreuse; pouls dur, plus fréquent que les jours précédens. Mort dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Forte injection des méninges; suffusion sanguine dans la pie-mère qui recouvre l'hémisphère gauche.

A peine eut-on enlevé quelques tranches de l'hémisphère gauche, que le scalpel tomba dans une vaste cavité remplie d'un sang noir qui avait la consistance de la gelée de groseille. Elle occupait un bon tiers au moins de l'hémisphère; la couche optique et le corps strié étaient atteints, et le sang avait fait irruption dans le ventricule gauche : la cloison était respectée.

L'hémisphère droit nous offrit un tout autre aspect : à l'extérieur, il paraissait sain comme le gauche; mais à deux pouces de profondeur, il commençait à perdre sa consistance; d'abord un peu plus mou qu'à sa périphérie, il se transformait un peu plus bas en une bouillie d'un gris sale que traversaient quelques vaisseaux, sans y répandre le sang qu'ils contenaient. Ce ramollissement finissait en avant vers la partie antérieure du corps strié, et en arrière, il dépassait un peu l'extrémité postérieure de ce corps. Il se terminait en bas vers le niveau du corps strié, situé plus en dehors que lui, et le laissant complètement intact.

Les autres organes ne nous présentèrent autre chose à noter que quelques concrétions crétacées au sommet de chaque poumon.

Si dans l'observation XIII nous avons été embarrassés pour faire la part de l'influence exercée par chaque lésion sur la production des symptômes, il n'en sera plus de même dans l'observation actuelle. Ici tout est simple et clair : la céphalalgie et le commencement de paralysie des membres gauches s'expliquent par le ramollissement dont l'hémisphère droit était le siége. L'hémorrhagie abondante de l'autre hémisphère rend compte des accidens survenus les deux derniers jours. Mais pourquoi trouvons-nous ici une céphalalgie si remarquable? pourquoi manqua-t-elle dans les autres observations que nous avons citées. L'anatomie pathologique n'explique plus ces différences : la lésion trouvée a un même siége, et pour nos yeux du moins une même nature. Voyez, d'ailleurs, comme long-temps cette céphalalgie resta le seul phénomène ; comme long-temps aussi elle ne parut être qu'une de ces simples douleurs nerveuses qui disparaissent comme elles sont venues, sans laisser aucune trace de leur existence. Dans quel état fut le cerveau, tant que la céphalalgie fut seule ? quelle lésion nouvelle vint compliquer l'altération qui avait produit la céphalalgie, lorsque celle-ci commença à se compliquer d'une altération du mouvement ? Voilà de bien intéressantes questions qu'il ne nous est pas encore donné de résoudre, et dont on comprend cependant la solution possible à l'aide de patientes investigations.

XVe OBSERVATION.

Ramollissement de l'hémisphère cérébral droit. Douleurs vives dans les membres gauches, qui, plus tard, se paralysent, en restant toujours douloureux.

Une femme, âgée de 71 ans, avait ressenti, une année environ avant d'entrer à la Pitié, des douleurs vives dans les deux membres du côté gauche. Ces douleurs, d'abord passagères, revenaient sous forme d'élancemens, qui occupaient surtout la face antérieure du membre thoracique et la face postérieure du membre abdominal. Lorsqu'elles étaient très intenses, elles donnaient lieu parfois à de petites secousses convulsives des doigts, et particulièrement de l'indicateur. Parfois aussi, mais seulement à la suite d'une douleur, ou pendant qu'elle durait, le pouce se fléchissait brusquement sur la paume de la main; mais cette contracture ne se prolongeait jamais au-delà de dix à douze minutes. C'était la première fois que la malade éprouvait de pareilles douleurs : peu à peu elles se rapprochèrent, et enfin devinrent continues; mais en même temps elles perdirent de leur intensité première, et la malade finit par ne plus éprouver dans les membres gauches, et surtout dans le supérieur, qu'un sentiment habituel de fourmillement. Pendant cinq mois, voilà tout ce qu'elle présenta. Au bout de ce temps, elle commença à ne pouvoir plus se soutenir aussi bien sur sa jambe gauche; ce membre lui semblait lourd, et elle le traînait un peu en marchant. A cette même époque, le membre thoracique gauche devint aussi plus faible : elle ne pouvait plus ni serrer, ni porter aucun objet un peu pesant avec la main de ce

côté. Peu à peu cette paralysie fit des progrès; et au bout de six semaines environ, elle était la plus complète possible. Mais, chose singulière! depuis que les muscles des membres gauches étaient entièrement privés de mouvemens volontaires, les douleurs qui avaient marqué le début de la maladie étaient revenues avec leur intensité première, et de temps en temps elles s'accroissaient au point d'arracher des larmes: c'est dans cet état que la malade se présenta à notre observation.

Lorsque nous la vîmes, elle était maigre et pâle. Ses yeux enfoncés, ses traits tirés annonçaient d'anciennes souffrances. Tous les deux ou trois jours les membres gauches étaient comme sillonnés par de vives douleurs que la malade comparait à des traits de feu. Cependant la peau de ces membres offrait une sensibilité beaucoup plus obtuse que celle des membres droits. Le mouvement y était complètement aboli; on n'y remarquait aucune trace de contracture. La commissure droite des lèvres était tirée en haut, et lorsque la langue était projetée hors de la bouche, elle se déviait sensiblement à gauche. La vision était égale des deux côtés, ainsi que l'ouïe et l'odorat. La peau de la face sentait moins fixement l'impression des corps étrangers à gauche qu'à droite; et lorsqu'on engageait la malade à gonfler ses joues, elle ne pouvait en venir à bout que du côté droit. Elle nous assura qu'elle n'avait jamais eu aucun mal de tête. Elle jouissait de toute son intelligence. Elle digérait bien, mais mangeait peu; les selles étaient rares; le pouls battait soixante-six fois par minute; il était régulier, et assez dur. La malade nous dit que depuis l'âge de 19 ans, jusqu'à celui de 23, elle avait été tourmentée de très forts battemens de cœur qui s'accompagnaient d'une grande difficulté de respirer. Ces accidens avaient depuis complètement disparu.

Cette femme, après être restée environ un mois dans nos salles sans présenter dans son état de changement notable, perdit complètement l'appétit; puis sa langue rougit et se sécha; les forces diminuèrent rapidement. Une large eschare se forma au sacrum, et elle succomba au milieu de cet affaiblissement progressif, conservant jusqu'à la fin une certaine netteté d'intelligence. Pendant les trois dernières semaines de sa vie, les membres inférieurs s'œdématièrent.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Au niveau et en dehors de la couche optique et du corps strié du côté droit, existe un ramollissement considérable de la substance cérébrale. Ce ramollissement s'étend presque jusqu'à la base du cerveau. En avant, il est limité par une ligne dont l'extrémité interne aboutirait à l'union des quatre cinquièmes antérieurs avec le cinquième postérieur du corps strié. En arrière, il s'étend jusque près de l'extrémité postérieure de l'hémisphère. Aucune injection ne se montre dans les points ramollis. La substance cérébrale, qui a perdu sa consistance, est d'un blanc grisâtre en certains points, jaunâtre en quelques autres. La voûte à trois piliers et le septum lucidum sont diffluens. Les deux ventricules latéraux sont remplis d'assez de sérosité pour qu'ils en soient distendus. Les grandes artères cérébrales sont ossifiées.

Thorax. Poumons sains. Cœur de dimensions ordinaires. Quelques points d'ossification dans les valvules aortiques.

Abdomen. La membrane muqueuse gastrique est notablement ramollie vers le grand cul-de-sac, dans une étendue équivalente à celle de deux pièces de cinq francs réunies; en plusieurs points de cette étendue, elle est complètement dé-

truite, et remplacée par la couche celluleuse subjacente. La surface interne de l'estomac est colorée en jaune par de la bile. Rien de remarquable dans le reste du tube digestif, non plus que dans les autres viscères abdominaux.

On a cité dans ces derniers temps quelques cas de névralgies du tronc et des membres, qui se liaient à des altérations de la moelle épinière, appréciables par l'anatomie. Dans le cas que nous venons de citer, n'aurait-on pas pu prendre également pour de simples accidens névralgiques ces douleurs qui, à gauche, occupaient principalement le trajet des gros cordons nerveux, et qui, pendant plusieurs mois, furent le seul phénomène morbide? Remarquez de plus qu'à l'instar des douleurs purement nerveuses, elles se présentèrent d'abord sous une forme intermittente. Loin de cesser, elles reparurent avec une nouvelle intensité, lorsque les membres, où elles avaient leur siége, commencèrent à se paralyser. Chose notable! dans les momens mêmes où elles étaient les plus vives, la peau ne sentait plus que d'une manière très obtuse l'impression des corps extérieurs. Ainsi la sensibilité, exaltée dans les parties profondes des membres, était abolie à leur périphérie.

Ce cas est encore un de ceux dans lesquels les parties ramollies du cerveau, ne nous présentèrent aucune trace d'injection sanguine.

Nous n'oublierons pas de noter les accidens graves que cette malade éprouva dans sa jeunesse du côté du cœur, et qui, après avoir persisté quelques années, se dissipèrent complètement.

XVIe OBSERVATION.

Ramollissement de l'extrémité antérieure d'un des hémisphères. Au début, céphalalgie et douleurs vives en divers points du corps; plus tard contracture et hémiplégie. Mort par une pneumonie intercurrente.

Une femme, âgée de 19 ans, avait commencé à éprouver, sept mois avant d'entrer à la Pitié, une douleur obtuse à la tempe droite, qui, s'exaspérant de temps en temps, devenait alors générale, et s'accompagnait d'un grand accablement. Souvent aussi, quand la douleur devenait plus vive, elle se propageait vers la nuque, de là descendait vers la partie latérale gauche du cou, et enfin allait gagner tout le membre thorachique gauche; d'autres fois elle ne se bornait point aux parties qui viennent d'être indiquées, et le membre abdominal gauche en devenait à son tour le siége. Ces douleurs n'avaient pas toujours le même caractère; tantôt c'étaient comme des coups d'aiguilles; tantôt il semblait à la malade qu'elle était soumise à l'action d'une très vive chaleur; d'autres fois elle éprouvait une sensation semblable à celle qu'on éprouve lorsqu'on vient de se contondre plus ou moins fortement un rameau nerveux; d'autres fois, enfin, elle ne ressentait plus dans les membres qu'une extrême fatigue, et le mouvement des muscles devenait alors très pénible. Il y avait aussi des jours où, en pressant sur ces muscles, on faisait naître de la douleur; et comme si toutes les variétés possibles de la lésion de la sensibilité eussent dû être présentées par cette femme, il arrivait parfois que la peau des membres gauches devenait elle-même douloureuse : alors le moindre contact, et à plus forte raison toute pression ou tout frottement lui étaient insupportables.

Tels furent les seuls phénomènes, portant tous sur la sensibilité, que pendant long-temps éprouva cette femme; mais il arriva une époque où, à son tour, le mouvement s'altéra. D'abord, pendant l'exaspération de ses douleurs, les membres gauches, et surtout le supérieur, devinrent le siége de secousses convulsives d'abord faibles et rares; un peu plus tard, les doigts se fléchirent sur la paume de la main, la main elle-même fut entraînée vers la face antérieure de l'avant-bras, et celui-ci se rapprocha du bras, de manière à faire avec lui un angle fort aigu en avant. Le membre abdominal gauche participa bientôt lui-même à cette contracture. Dès l'instant où celle-ci survint, les douleurs prirent encore une nouvelle intensité.

C'est dans cet état que la malade se présenta à notre observation. Elle éprouvait alors de cruelles douleurs dans les deux membres, et la contracture était portée au plus haut degré. La céphalalgie persistait, mais moins vive. Cependant l'intelligence était restée entière. Les sens n'étaient point altérés. Le pouls n'avait pas de fréquence, mais il n'était point ralenti. Un séton fut appliqué à la nuque; les membres contracturés furent frictionnés soir et matin avec un liniment laudanisé.

Quinze à vingt jours s'écoulèrent sans qu'aucun nouveau phénomène se présentât; puis la position de la malade vint à changer sous les rapports que nous allons indiquer.

La céphalalgie ne consista plus qu'en un sentiment d'embarras qui existait dans tout le côté gauche de la tête. Les membres cessèrent d'être douloureux; mais en même temps la peau qui les recouvre fut frappée d'une grande insensibilité; les doigts des mains et des pieds devinrent habituellement engourdis et froids. A cette époque, la contracture

disparut, et elle fut remplacée par une simple abolition du mouvement dans les membres gauches; le côté gauche de la face participa à cette paralysie, et la commissure droite des lèvres se porta fortement en haut; la langue ne subit aucune déviation dans ses mouvemens; mais la parole devint un peu embarrassée. L'intelligence, toutefois, continua à être aussi lucide.

C'est dans cet état que la malade fut prise des symptômes d'une pleuro-pneumonie aiguë à laquelle elle succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. État sain des méninges. Quelque peu de sérosité limpide dans les ventricules. Transformation de tout le lobe antérieur de l'hémisphère droit en une bouillie grisâtre, dans laquelle on voit une foule de grumeaux blanchâtres flotter comme suspendus au milieu d'un liquide semblable à du petit-lait trouble. Le corps strié et la partie antérieure de la couche optique participent à cette altération, qui n'a respecté que les circonvolutions de la convexité, ainsi que celles de la base. Ces circonvolutions sont seulement comme aplaties et fluctuantes. Aucune autre lésion n'existe dans l'encéphale.

Thorax. Mélange d'hépatisation rouge et grise du lobe inférieur du poumon gauche.

Dans les autres organes, rien de remarquable.

Trois périodes ont marqué le cours de cette intéressante maladie. Dans la première, tout le désordre porte sur la sensibilité; des douleurs vives occupent simultanément ou

tour à tour la tête d'abord, puis la nuque, puis les membres opposés au côté de la tête qui est affecté. Ces douleurs sont remarquables et par leur intensité, et plus encore par leur caractère; on les prendrait volontiers pour de simples douleurs nerveuses. Ainsi se passent plusieurs mois; puis survient une seconde période, pendant laquelle le désordre du mouvement s'ajoute à celui du sentiment : les membres douloureux deviennent le siége de petites convulsions, auxquelles succède bientôt une forte contracture. Dès lors la nature de la maladie fut plus évidente; mais, dans ses phases successives, elle ne devait pas en rester là, et, au bout d'un certain temps, elle entra en quelque sorte dans une troisième période, pendant laquelle une simple paralysie remplaca la contracture. Alors cessent les douleurs, et la sensibilité de la peau, naguère si exaltée, vient elle-même à s'abolir. Toute cette succession de phénomènes a lieu pendant un espace de huit à neuf mois, et la maladie cérébrale n'a pas encore achevé son cours, lorsqu'une pneumonie enlève la malade. Au milieu de tous ces désordres du sentiment et du mouvement; l'intelligence reste intacte; vers la fin seulement survient un certain embarras de la parole, en rapport cette fois avec le siége de la lésion dans un des lobes antérieurs. Remarquez, d'ailleurs, que les circonvolutions ne participaient point au ramollissement, et n'oubliez pas cette circonstance dans un cas où les facultés intellectuelles se conservèrent si entières, malgré la grande étendue de la lésion. Notez, enfin, que dans ce cas, où l'altération du mouvement porta sur les deux membres, la couche optique participait un peu au ramollissement si complet de la portion d'hémisphère placée au-devant d'elle.

Ainsi des douleurs dans les membres, avec ou sans cépha-

lalgie coïncidente, peuvent exister, pendant long-temps du moins, comme le seul symptôme d'un ramollissement du cerveau. En face de ces faits, que devient l'hypothèse qui avait établi que les altérations de la sensibilité annonçaient une affection du cervelet?

On avait aussi avancé que les maladies du cerveau, comme celles du poumon, ne s'accompagnaient de douleurs que lorsque les membranes séreuses qui les enveloppent étaient elles-mêmes atteintes. Eh bien! dans les cas que nous venons de citer, les méninges étaient restées parfaitement intactes; ce fut bien le cerveau lui-même qui révéla la propre substance par de la douleur. Ne concluez donc rien, pour l'état pathologique, de ces expériences souvent citées dans lesquelles, en incisant en sens divers la substance cérébrale, on ne détermine chez les animaux aucun sentiment apparent de souffrance.

CHAPITRE IV.

OBSERVATIONS RELATIVES A DES CAS DANS LESQUELS LA PERTE DE LA PAROLE A ÉTÉ LE SEUL SYMPTOME, OU L'UN DES SYMPTOMES PRÉDOMINANS.

XVIIe OBSERVATION.

Ramollissement des deux hémisphères. Perte de la parole, sans lésion de l'intelligence, du mouvement et du sentiment.

Une femme, âgée de 80 ans à l'époque où elle fut admise à la Pitié, avait perdu tout à coup, trois ans auparavant, l'usage de la parole. Ses parens nous assurèrent que jamais elle n'avait éprouvé de perte de connaissance; que jamais non plus on n'avait observé chez elle le moindre trouble dans le mouvement et le sentiment; dans aucun moment en particulier elle n'avait cessé de marcher.

Lorsque cette femme commença à être observée par nous, elle était dans l'impossibilité la plus absolue d'articuler aucune parole; cependant elle comprenait parfaitement tout ce qu'on lui disait, ainsi que l'indiquaient le jeu de sa physionomie, et ses différens signes; ce mutisme ne dépendait pas d'une abolition des mouvemens de la langue, car celle-ci se remuait dans tous les sens et sortait de la bouche très facilement, et aussitôt qu'on en priait la malade. Tout semblait nous annoncer que l'intelligence avait son intégrité. Dans les

quatre membres, les mouvemens étaient libres, faciles, et la malade sentait bien les impressions douloureuses qu'on cherchait à faire naître sur la peau qui les recouvre. Lorsqu'on lui demandait si elle souffrait de la tête, ou si elle en avait souffert, elle répondait par un geste négatif. L'ouïe, la vue, et l'odorat, s'accomplissaient comme dans l'état normal.

Du reste, cette femme présentait les signes d'une affection organique du cœur; les membres inférieurs étaient œdématiés. La langue était sèche, et l'anorexie complète. Elle était constipée.

Nous vîmes cette malade s'affaiblir peu à peu. Une eschare se forma au sacrum; la respiration devint de plus en plus gênée; du râle trachéal s'établit, et persista pendant huit jours. Durant tout ce temps, son intelligence resta en rapport avec notre pensée, et elle continua à imprimer à ses quatre membres des mouvemens étendus. Cependant, les voies respiratoires s'engouèrent de plus en plus, et la malade périt ainsi par le poumon.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Des adhérences plus fortes que de coutume unissent le crâne à la dure-mère. Celle-ci est d'ailleurs saine. Un peu de sérosité infiltre la pie-mère qui recouvre la convexité des hémisphères. Quelques glandes de Pacchioni sont disséminées près de la grande scissure interlobaire.

Les circonvolutions des deux hémisphères ont leur consistance normale, et leur tissu est pâle.

A l'intérieur des deux hémisphères, on observe ce qui suit :

1° *Hémisphère gauche.* Au niveau et en dehors de l'extrémité postérieure du corps strié, tout-à-fait à sa pointe, existe un ramollissement de la substance cérébrale. L'espace occupé par ce ramollissement aurait pu admettre un gros pois. La portion de substance nerveuse qui est ramollie a une teinte d'un gris sale; elle ressemble assez à une forte solution d'amidon dans l'eau. On n'y voit aucun vaisseau s'y distribuer, et autour d'elle on ne découvre aucune altération de la substance cérébrale. Voilà la seule lésion que l'on trouve dans cet hémisphère.

2° *Hémisphère droit.* A l'union de la moitié antérieure avec la moitié postérieure de cet hémisphère, à une égale distance de ses bords interne et externe, et au point de jonction des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la masse nerveuse située au-dessus du centre ovale de Vieussens, existe un ramollissement semblable, par sa forme, par sa couleur, par sa grandeur, à celui du côté opposé. Autour de lui aussi, la substance cérébrale est saine, et il n'y a non plus dans tout le reste de l'hémisphère droit aucune lésion appréciable.

Une demi-cuillerée à bouche de sérosité limpide remplit les ventricules latéraux. Le corps calleux, le septum lucidum, et la voûte à trois piliers, ont une bonne consistance. De petits kystes séreux parsèment en grand nombre les plexus choroïdes. Un de ces kystes est rempli d'une matière blanche, opaque, comme caséeuse.

Aucune autre lésion appréciable n'existe dans l'encéphale. Les cornes d'Ammon en particulier, aux lésions desquelles quelques auteurs avaient attribué l'altération de la parole, sont saines.

Thorax. Le cœur est très volumineux; les parois du ventricule gauche ont une grande épaisseur. Les cavités

droites et gauches sont remplies par un sang noir qui a la consistance de la gelée de groseille. Les valvules aortiques sont garnies d'incrustations osseuses; on en retrouve de semblables dans toute l'étendue de l'aorte. Une notable quantité de sérosité est épanchée dans le péricarde. La plèvre droite contient aussi un sérum abondant. Le poumon droit présente, vers la partie inférieure de son lobe supérieur, une portion de son tissu, du volume d'une petite orange, qui présente tous les caractères de l'apoplexie pulmonaire. Le reste des poumons ne présente d'autre altération qu'un engouement considérable. La trachée et les bronches sont remplies d'un mucus écumeux.

Abdomen. La surface interne de l'estomac a une teinte grise ardoisée très prononcée. Partout sa membrane muqueuse a une bonne consistance. Dans le reste du tube digestif, on n'observe rien autre chose qu'une forte injection veineuse. Les reins sont dans leur état normal. Le foie est remarquable par le grand développement de sa substance jaune, qui laisse à peine, dans les intervalles des circonvolutions qu'elle forme, des lignes rougeâtres, vestiges de l'autre substance. La rate est très petite et d'une grande densité. La cavité de l'utérus est remplie d'un sang noir liquide. En outre, dans l'étendue de deux à trois lignes, la partie la plus superficielle du tissu de cet organe, du côté de sa cavité, est intimement combinée avec du sang noir, d'où résulte un aspect semblable à celui de la portion du poumon en apoplexie. De nombreux kystes séreux sont implantés dans le tissu du col, et font à l'intérieur de sa cavité une légère saillie.

Voilà une observation bien propre, sans doute, à mettre en

défaut beaucoup d'opinions émises dans ces derniers temps. Ainsi, le seul accident cérébral qui existe, c'est la perte de la parole, et la seule lésion du cerveau que nous découvre l'autopsie n'a son siége dans aucun des points de l'encéphale auxquels la faculté de former la parole a été attribuée. La très petite étendue de chacun des ramollissemens peut-elle rendre raison de la conservation des mouvemens dans toute leur intégrité? Mais nous avons vu dans d'autres cas des lésions graves du mouvement ne pas se lier à des ramollissemens plus considérables. Enfin, est-il sûr que ce double ramollissement existait depuis trois ans? et, si l'on peut en douter, où était la cause organique qui avait privé la malade de la faculté de parler? Que de questions soulève une pareille observation!

Remarquerons-nous aussi en passant que, dans ce cas encore, comme dans plusieurs autres que nous avons cités dans le cours de cet ouvrage, l'apoplexie pulmonaire ne fut pas accompagnée d'hémoptysie.

XVIIIe OBSERVATION.

Ramollissement du corps strié gauche. Perte de la parole. Hémiplégie. Conservation de l'intelligence.

Une femme, âgée de 73 ans, jouissait d'une assez bonne santé, et elle ne s'était jamais plainte en particulier de douleur de tête, lorsque tout à coup, sans perdre connaissance, elle sentit sa jambe droite fléchir sous elle, et elle tomba. On la releva sur-le-champ : elle était paralysée du côté droit. Le surlendemain de cet accident, elle entre à la Pitié, et nous présente l'état suivant :

Les deux membres du côté droit sont complètement privés de mouvement; ils n'offrent pas la moindre trace de contracture, et ceux qui ont amené la malade ont bien assuré qu'elle n'avait jamais eu dans ces membres ni convulsions ni raideur. La peau qui les recouvre a conservé sa sensibilité. La malade *ne parle pas*, et, quelque effort qu'elle fasse, elle ne peut venir à bout que de prononcer quelques mots inintelligibles; on nous assure qu'elle a cessé de parler depuis le jour où elle est tombée. Néanmoins, l'intelligence paraît bien conservée; elle saisit rapidement le sens des questions qu'on lui adresse, et y répond par signes. Lorsqu'on lui demande si elle souffre quelque part, elle porte la main au côté droit de la face. La langue, qu'elle tire facilement de la bouche, s'incline un peu à droite. Les lèvres sont entraînées vers le côté gauche de la face, par l'élévation de leur commissure gauche. Les deux côtés de la face sont également sensibles. La vue est conservée, ainsi que l'ouïe. Les pupilles ont leur degré de dilatation ordinaire.

Du côté des fonctions de la vie de nutrition, nous notons ce qui suit : langue sèche et rouge; ventre souple et indolent, constipation; quatre-vingts pulsations par minute; pouls dur et régulier; face pâle; respiration accompagnée d'un sifflement très fort, marqué surtout dans les inspirations, dont on compte vingt-huit par minute; toux ancienne.

Une saignée est pratiquée. Le caillot n'offre pas de couenne.

Le lendemain, aucun changement n'a eu lieu; seulement il y a une plus grande fréquence dans le pouls, qui bat cent seize fois par minute, et dans les mouvemens respiratoires, dont on compte trente-six dans le même espace de temps.

Une seconde saignée est pratiquée. Le caillot se couvre cette fois d'une couenne bien formée, épaisse de trois lignes.

Les deux jours suivans, on observe des signes d'engouement du poumon; la respiration s'embarrasse de plus en plus, bien que l'on compte par minute un moins grand nombre de mouvemens inspiratoires (vingt-six au lieu de trente-six); puis ils deviennent de nouveau plus fréquens, et l'on trouve par minute quarante-quatre respirations, et cent cinquante-deux battemens artériels. La malade est dans un état d'asphyxie au milieu duquel elle succombe à huit heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

35 heures après la mort.

Crâne. A droite et tout près de la grande scissure interlobaire, un corps fibreux du volume d'une noisette est implanté sur la dure-mère. Les grosses veines qui rampent entre les circonvolutions sont gorgées de sang. La pie-mère est injectée. Au dessous d'elle, les circonvolutions ne le sont point. Dans tout l'encéphale, il n'y a d'altéré que le corps strié du côté gauche. Ce corps a perdu sa consistance accoutumée. Le ramollissement dont il est le siége commence à trois lignes au dessous de sa surface extérieure, et en occupe à peu près toute l'étendue. Il n'y a véritablement que sa partie la plus superficielle qui ait conservé sa consistance, et qui forme l'enveloppe d'une coque remplie d'une bouillie dans laquelle on retrouve la couleur ordinaire du corps strié. On y distingue encore les deux substances grise et blanche. Celle-ci est seulement d'une teinte moins brillante. Quelques vaisseaux, isolés de la substance nerveuse, et comme disséqués, traversent les parties ramollies, qui ne présentent elles-mêmes aucune injection, aucune trace d'épanchement de sang. Autour du corps strié, la substance cérébrale est par-

faitement saine; la couche optique présente son état normal; l'altération est ainsi exactement bornée au corps strié. Une assez notable quantité de sérosité limpide est épanchée dans les ventricules, pour que leur paroi supérieure soit fluctuante.

Thorax. De nombreux noyaux de matière calcaire, avec induration noire autour d'eux, sont disséminés dans le sommet des deux poumons. Le lobe supérieur du poumon droit est en hépatisation grise. Le cœur n'offre rien de remarquable; ses cavités droites sont distendues par de gros caillots de sang noir. L'une des valvules sigmoïdes de l'aorte, celle du milieu, est maintenue soulevée par une arête osseuse qui en occupe la partie moyenne dans le sens de sa longueur. Plusieurs plaques osseuses existent dans l'aorte.

Abdomen. La membrane muqueuse gastrique est détruite par larges places dans le grand cul-de-sac; près du pylore, elle est mamelonnée; on ne trouve, d'ailleurs, d'injection en aucun point de l'estomac. Tout l'intestin grêle est pâle. Le cœcum est d'un rouge vif à son intérieur. Quelques follicules de Brunner sont apparens dans le colon. Le foie, de volume ordinaire, a un tissu dur, ferme, d'un aspect rougeâtre; sa substance blanche se dessine en circonvolutions roses et saillantes au-dessus d'un fonds d'un rouge brun; la vésicule est remplie d'une bile très noire. Le tissu de la rate a une grande densité. Les reins sont pâles et d'un petit volume.

La perte de la parole n'est plus ici le seul accident cérébral, comme chez le sujet de l'obs. XVII. La maladie débute par une paralysie qui survient subitement, que ne complique aucun autre désordre du mouvement, et qui ne s'accompagne d'aucun trouble de l'intelligence.

Le siége du ramollissement est digne de remarque; il est exactement borné à l'un des corps striés, ce qui n'empêche pas qu'il n'y ait paralysie des deux membres, et abolition de la faculté de parler.

Ce cas est encore un de ceux où l'on ne trouve dans les parties ramollies d'autre lésion que le ramollissement lui-même, et où c'est seulement à l'aide d'une analogie souvent trompeuse que l'on peut établir la nature inflammatoire de la maladie.

CHAPITRE V.

OBSERVATIONS RELATIVES A DES CAS DANS LESQUELS, AVEC DES DÉSORDRES DIVERS DU MOUVEMENT ET DU SENTIMENT, IL Y A EU TROUBLE DE L'INTELLIGENCE.

Les observations qu'on va lire se divisent naturellement en deux groupes. Dans le premier, nous trouverons des cas où, d'une manière instantanée, l'intelligence s'abolit complètement. Les malades, privés de connaissance, sont plongés dans un état comateux plus ou moins profond. En cas pareils, le ramollissement du cerveau a les plus grands traits de ressemblance avec l'hémorrhagie de cet organe. Un deuxième groupe nous présente des cas tout différens : ce sont des individus chez lesquels le coma, lorsqu'il existe, n'arrive que graduellement, ou d'une manière toute consécutive; leur intelligence n'est pas subitement anéantie, comme chez les précédens; mais elle est pervertie, ou simplement affaiblie, et ils offrent, comme phénomène prédominant, un délire variable par son intensité et par ses formes. Dans les cas de ce genre, le ramollissement du cerveau s'éloigne beaucoup par ses symptômes de l'hémorrhagie, et il se rapproche, au contraire, à certains égards, de quelques formes de l'inflammation des méninges.

ARTICLE PREMIER.

RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU AVEC PERTE COMPLÈTE ET SUBITE DE CONNAISSANCE.

XIXe OBSERVATION.

Ancienne faiblesse des membres droits. Tout à coup chute avec perte de connaissance; état comateux. Ramollissement de tout un hémisphère.

Un homme, âgé de 47 ans, ressentait depuis deux ans environ une douleur habituelle dans le côté gauche de la tête, et depuis ce même temps à peu près les membres droits étaient plus faibles que les gauches. Tout à coup, après s'être plaint de la tête plus que de coutume, il tombe à terre privé de connaissance; on le relève, mais la perte de connaissance persiste; deux jours se passent dans cet état, au bout desquels on l'admet à la Charité. Il était alors dans l'état suivant :

Le malade semblait plongé dans un profond sommeil; sa respiration était ronflante. Il ne semblait pas entendre les questions qu'on lui adressait. Lorsqu'on soulevait les paupières, on apercevait le globe de l'œil fixe, immobile; les pupilles étaient contractées; on ne déterminait pas l'occlusion des paupières en touchant avec le doigt l'une ou l'autre conjonctive; la face était très rouge, et comme tuméfiée; la bouche se déviait fortement à gauche; nous ne pûmes voir la langue. Les quatre membres étaient dans un état complet de résolution. Soulevés, ceux de droite comme de gauche

retombaient comme des masses inertes. La sensibilité paraissait y être complètement abolie. Le pouls, remarquable par sa petitesse, était sans fréquence (*saignée; vésicatoires aux jambes*).Mort le lendemain. Le seul changement qui eut lieu, jusqu'au moment où la vie cessa, fut l'embarras toujours croissant de la respiration.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Ce qui nous frappa d'abord, lorsque les parois du crâne eurent été enlevées, ce fut la différence de volume des deux hémisphères. Celui du côté gauche occupait un espace plus considérable que l'autre, à tel point que la grande scissure interlobaire n'était plus sur la ligne médiane, et se trouvait déjetée à droite de cette ligne. Les circonvolutions de la convexité de l'hémisphère gauche avaient conservé leur consistance; elles étaient seulement aplaties, et comme fluctuantes. A très peu de distance au-dessous d'elles, la substance cérébrale devenait d'une mollesse extrême; un peu plus bas encore, elle ne représentait plus qu'une bouillie grisâtre. Cet état de diffluence se montrait dans tout le reste de l'hémisphère, jusque près de sa base, de sorte qu'il n'avait réellement plus de partie solide que les circonvolutions. Dans toute cette masse ramollie, on ne découvrait aucun épanchement de sang; elle était traversée en divers sens par des vaisseaux dont les parois avaient conservé leur consistance accoutumée, malgré le ramollissement de la substance au milieu de laquelle ils étaient plongés. Nous ne trouvâmes dans l'autre hémisphère aucune altération. Les parties blanches centrales n'étaient point ramollies. Les méninges n'offraient rien de remarquable. Il n'y avait que peu de sérosité dans les ventricules.

Thorax. Poumons fortement engoués. Cœur volumineux; hypertrophie de ses parois; rétrécissement considérable de l'orifice aortique; les trois valvules qui le bordent sont comme soudées ensemble, et ne s'abaissent qu'incomplètement.

Abdomen. Foie gorgé de sang. Injection générale de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Nous n'avons vu dans aucune des observations qui précèdent celle-ci un ramollissement aussi étendu, et les auteurs en ont, je crois, rapporté peu d'exemples. Ici l'intensité de la lésion se trouve parfaitement en rapport avec la gravité des symptômes. Le malade présenta en effet tous les phénomènes qui accompagnent ordinairement une très abondante hémorrhagie du cerveau. La résolution des quatre membres s'explique par la compression que l'hémisphère gauche tuméfié devait exercer sur l'autre. Dans l'état où cet individu se présenta à notre observation, aurait-on pu reconnaître la nature de sa maladie? Aurait-on pu affirmer qu'il y avait ramollissement, et non hémorrhagie? Nous ne le pensons pas. Mais à cet égard des lumières précieuses auraient pu être fournies par les antécédens. Rappelons-nous, en effet, que, depuis long-temps, ce sujet avait un affaiblissement des membres droits, et une douleur au côté gauche de la tête. De pareils phénomènes se liaient bien plutôt à l'idée d'un ramollissement qu'à celle d'une hémorrhagie. Il est vraisemblable que ce ramollissement, lentement formé, resta borné à une petite étendue de l'hémisphère gauche, jusqu'au jour où le malade tomba tout à coup sans connaissance et sans mouvement. Alors, sous l'influence d'une cause qu'il ne nous fut pas donné d'apprécier, il envahit rapidement tout l'hé-

misphère. Ici encore nous voyons le ramollissement exister sans aucune complication d'hypérémie ; car il ne faudrait pas rapporter à un état de congestion sanguine ce lacis vasculaire qui apparaissait au milieu de la masse nerveuse ramollie. Ce lacis était l'état normal ; mais seulement il était plus manifeste, parce que la maladie l'avait séparé du tissu qui l'entoure. C'est sans doute une chose bien remarquable que de voir, au milieu du retour de la substance nerveuse à un état presque liquide, les vaisseaux qui la traversent, et qui doivent vivre de sa vie, conserver leur consistance normale ; admirable exemple de l'indépendance des actions vitales des différens tissus, tout confondus qu'ils sont dans un même organe. C'est ainsi qu'on peut expliquer comment un ramollissement, quelque considérable qu'on le suppose, n'entraîne pas nécessairement une hémorrhagie.

XXe OBSERVATION.

Céphalalgie du côté droit avec engourdissement des membres gauches pendant quelques jours ; puis perte subite de connaissance. Hémiplégie gauche. Ramollissement de la partie moyenne de l'hémisphère droit.

Une femme, âgée de 66 ans, était depuis long-temps regardée comme atteinte d'une maladie du foie, au rapport de ceux qui l'amenèrent à la Charité. Dix jours environ avant son entrée, elle s'était plaint d'éprouver à la tempe droite une vive douleur, qui depuis n'avait pas cessé ; en même temps, les membres gauches lui avaient paru comme engourdis, et singulièrement lourds. Huit jours se passèrent ainsi, sans qu'aucune médication particulière fût opposée à ces ac-

cidens; puis elle sentit son mal de tête augmenter, elle eut quelques vertiges, sa jambe droite fléchit sous elle, on la coucha. A peine était-elle au lit, qu'on la vit porter subitement la main vers le côté gauche de la tête, et un instant après elle n'avait plus de connaissance. Ce fut alors qu'on l'amena à l'hôpital.

Lorsque nous la vîmes, il y avait vingt heures à peu près qu'elle avait perdu l'usage de ses sens; elle était plongée dans un profond coma, et paraissait insensible à toutes les stimulations extérieures. La bouche était tirée à droite; lorsqu'on soulevait les membres droits, ils ne retombaient que peu à peu, soutenus qu'ils étaient par l'action musculaire. Ceux du côté gauche, au contraire, retombaient brusquement, comme des masses inertes; ils étaient dans un état complet de flaccidité, n'offraient aucune trace de contracture; la respiration était stertoreuse, le pouls, assez dur, battait soixante-seize fois par minute; une saignée immédiatement pratiquée, n'apporta aucun soulagement. La malade mourut la nuit suivante.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Rien de remarquable dans les méninges; état normal des circonvolutions. Au niveau et en dehors de la couche optique et du corps strié du côté droit, ramollissement considérable, occupant un espace assez grand pour recevoir une orange; ce ramollissement avait atteint le tiers postérieur du corps strié, et une partie de la couche optique, et il était dans toute son étendue d'un blanc jaunâtre. Rien de remarquable dans le reste de l'encéphale.

Dans l'estomac, on trouve un ulcère cancéreux qui en occupe la face postérieure.

Cette observation a, avec la précédente, les plus grands traits d'analogie. Dans toutes deux, nous voyons la maladie du cerveau ne s'annoncer d'abord que par de la céphalalgie, et un affaiblissement des membres du côté opposé au mal de tête; mais, dans le premier cas, cette sorte de prodrôme dure deux ans; dans le second, il ne s'étend pas au-delà de quelques jours. Ces phénomènes sont tout à coup remplacés par d'autres beaucoup plus graves, et qui sont les mêmes chez les deux individus : état comateux, paralysie générale, mort rapide. Dans le second cas seulement, il n'y a qu'hémiplégie, ce qui s'explique par l'étendue moins grande du ramollissement qui n'a pas d'influence, comme dans le premier cas, sur l'hémisphère resté sain.

XXIe OBSERVATION.

Céphalalgie survenue à la suite de l'inspiration de la vapeur de charbon. Un mois après, perte subite de connaissance et de mouvement; mort 20 heures environ après cet accident. Ramollissement de la partie moyenne d'un des hémisphères.

Un portier, âgé de 69 ans, fortement constitué, jouissant habituellement d'une bonne santé, s'exposa, sur la fin du mois de septembre 1821, à la vapeur du charbon. Il en conserva pendant trois à quatre jours d'assez forts étourdissemens, et une céphalalgie très pénible. Les étourdissemens se dissipèrent, mais le mal de tête persista, et bientôt, au lieu d'être général, il se concentra vers la région de l'os pariétal gauche. Cependant le malade continua à se livrer à ses occupa-

tions habituelles, et ses membres avaient conservé leur force accoutumée. Un mois se passa ainsi, lorsqu'un soir il tomba tout à coup, privé de connaissance et de mouvement. Le lendemain matin, il fut apporté à la Charité. La connaissance était resté perdue depuis la veille; aucun mouvement spasmodique, aucune raideur des membres n'avaient été observés. La face était d'un rouge violacé, les lèvres, gonflées et livides; les yeux fermés, restaient fixes, lorsqu'on soulevait les paupières; les pupilles avaient une dilatation égale. Interrogé, le malade ne répondait pas, et il paraissait complètement étranger à tout ce qui l'environnait. Les quatre membres, fortement pincés, n'exécutaient aucun mouvement pour se soustraire à la douleur; soulevés, ils retombaient de leur propre poids; on pouvait les fléchir et les étendre, sans qu'ils opposassent la moindre résistance. La respiration était fortement stertoreuse; le pouls faible, irrégulier donnait quatre-vingt-quatre battemens par minute (*saignée*, *sinapismes*, *lavement purgatif*). Mort dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. La partie moyenne de l'hémisphère gauche du cerveau, le corps strié et la couche optique de ce côté étaient transformés en une bouillie jaunâtre; aucune autre altération dans l'encéphale.

Rien de remarquable dans les autres viscères.

Il y a encore bien de l'analogie entre cette observation et les deux précédentes; ici toutefois, le seul symptôme précurseur fut la céphalalgie; et les membres, contrairement à

ce que nous ont présenté les deux autres malades, restèrent complètement intacts, sous le double rapport du mouvement et du sentiment, jusqu'au jour où survint la perte de connaissance. Cette céphalalgie eut des caractères assez remarquables; produite à propos de l'inspiration du gaz acide carbonique, elle fut d'abord générale, puis elle se circonscrivit peu à peu vers le point où l'autopsie cadavérique constata l'existence du ramollissement. Ici, comme dans l'observation XIX, les quatre membres furent frappés de paralysie, bien que l'hémisphère ramolli n'eût pas acquis ce volume que nous avons noté dans cette même l'observation XIX, volume d'où résultait la compression de l'hémisphère resté sain.

Dans ces trois cas, d'ailleurs, la connaissance une fois perdue, ne se recouvre pas, et la mort suit rapidement le commencement de l'état comateux. Dans le cas suivant, nous verrons le coma diminuer, ou même disparaître, et la terminaison fatale, moins rapide, avoir lieu après la manifestation d'autres accidens.

XXIIe OBSERVATION.

Ancienne faiblesse des membres droits. Perte subite de connaissance; hémiplégie à droite, et contraction du même côté. Mouvemens convulsifs et phénomènes cataleptiques du côté gauche. Ramollissement dans chaque couche optique.

Un homme, âgé de 77 ans, d'une forte constitution et très replet, avait, depuis quelque temps, les membres droits plus faibles que les gauches. Voilà tout ce qu'on put recueillir sur les antécédens. Le 10 octobre, dans la matinée, cet homme perdit subitement connaissance. Transporté de suite à l'infirmerie de Bicêtre, il présenta les symptômes suivans.

Hémiplégie incomplète du côté droit; le bras gauche est agité de mouvemens involontaires; la sensibilité générale n'est point détruite, la face est colorée, elle exprime la stupeur; les yeux restent fermés; en soulevant les paupières, l'on remarque que la pupille gauche est légèrement dilatée, tandis que la droite est contractée; le malade paraît entendre ce qu'on lui dit, mais difficilement; il montre la langue avec peine, et cet organe se dévie légèrement à gauche; le pouls est fréquent et assez petit; la respiration un peu bruyante (*saignée du bras; vésicatoire à la cuisse*). Dans la soirée (*nouvelle saignée de douze onces; sinapismes aux jambes*).

Le 11, mêmes symptômes, si ce n'est que la face est beaucoup moins colorée.

Le 12, le malade paraît mieux; la respiration est moins gênée: il montre la langue plus facilement, et celle-ci se dévie beaucoup moins à gauche; il veut parler, mais on n'entend que des sons inarticulés; le pouls est accéléré, petit, un peu plus développé du côté droit; le bras, de ce côté, exécute quelques faibles mouvemens, l'avant-bras est fléchi; les doigts le sont aussi légèrement, et l'on éprouve quelque résistance, quand on veut étendre ces parties. Le bras gauche ayant été soulevé par hasard, puis abandonné à lui-même, on remarqua qu'il conservait la position qui venait de lui être donnée; alors on donna à ce membre les positions les plus variées, et il les conserva toutes pendant très long-temps; le membre abdominal gauche ne partageait point cet état cataleptiforme; on n'observa non plus rien de semblable dans les membres du côté droit.

Le 13, mêmes symptômes (*lavement purgatif*).

Le 14, le malade est mieux; l'assoupissement est moindre; il ouvre les yeux, parle assez facilement, et répond d'une

manière assez juste ; il se plaint d'avoir soif, et soulève la tête, afin de boire plus facilement, la catalepsie du bras gauche est beaucoup moins prononcée ; le pouls est toujours accéléré.

Le 15, l'assoupissement est de nouveau prononcé.

Le 16 la respiration est embarrassée ; l'assoupissement est profond, et l'on ne peut en tirer le malade qu'avec peine. Cependant il paraît encore entendre ce qu'on lui dit, et montre sa langue très difficilement ; un enduit visqueux la recouvre ; le pouls est petit et concentré ; le bras droit exécute quelques légers mouvemens ; il n'offre plus aucun signe de contracture ; le bras gauche ne conserve plus la position qu'on veut lui donner ; au contraire, le malade le contracte avec force quand on veut le remuer ; il se plaint quand on le pince du côté paralysé comme ailleurs (*six sangsues derrière chaque apophyse mastoïde ; sinapismes aux jambes*).

Le 17, il n'y a aucune amélioration ; le malade meurt le soir à 9 heures.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Adhérences très fortes entre la dure-mère et la voûte du crâne, et telles que celle-ci ne peut être enlevée que très difficilement.

Les membranes qui recouvrent la partie antérieure et moyenne des hémisphères cérébraux sont épaissies et légèrement opaques ; en arrière, la pie-mère se sépare avec une grande facilité de l'arachnoïde ; mais elle est unie d'une manière assez intime à la substance cérébrale ; on ne peut l'en détacher que difficilement et par petits lambeaux.

Dans chacun des hémisphères, on trouve les altérations suivantes.

1° Dans l'hémisphère gauche, la partie postérieure et moyenne de la couche optique présente un ramollissement du volume d'une grosse noisette ; dans cette étendue, la pulpe cérébrale est convertie en une bouillie jaunâtre. Le corps strié est sain, ainsi que le reste de cet hémisphère.

2° Dans l'hémisphère droit, la couche optique présente un ramollissement peu étendu près de sa partie postérieure interne ; au centre de la partie ramollie existe une petite quantité de sang qui infiltre la pulpe nerveuse.

Une petite quantité de sérosité existe dans chaque ventricule.

Le plexus choroïde du côté droit contient un kyste séreux de la grosseur d'une petite noisette.

Voilà un cas où il est assez difficile, au premier coup-d'œil, de rattacher aux lésions trouvées sur le cadavre les différens symptômes observés pendant la vie. Il est bien vraisemblable que l'affaiblissement graduel du côté droit, qui précéda la perte de connaissance, dépendait du travail de ramollissement qui avait déjà commencé à se faire dans la couche optique gauche. Cette simple faiblesse se transforma en une complète paralysie le jour même où survint le coma, et bientôt après, cette paralysie se compliqua de contractures. Cette succession de phénomènes annonce un progrès dans le ramollissement de la couche optique gauche, et, si plus tard la contraction disparaît, si la paralysie elle-même diminue, au point que le malade peut exécuter quelques mouvemens avec le bras droit, il faut en conclure que le travail de ramollissement s'est arrêté dans la couche optique gauche, ou que la phlogose qui le compliquait est devenue moins intense.

Jusqu'à présent tout s'explique assez bien; mais il n'en est plus de même d'autres phénomènes dont il nous reste à parler. Quelle fut la cause des mouvemens convulsifs qui agitèrent le bras gauche, et de l'état cataleptiforme que plus tard il présenta? Fut-ce le ramollissement avec infiltration sanguine qui fut trouvé dans la couche optique droite? Nous ne le pensons pas, car le bras n'aurait pas ensuite recouvré toute la liberté de ses mouvemens. Nous présumons que les derniers phénomènes que nous venons de mentionner dépendaient plutôt de la méningite partielle dont l'autopsie démontra l'existence. Il nous paraît vraisemblable que le ramollissement de la couche optique droite ne se fit que dans les derniers temps; nous lui rapporterions volontiers et le retour du coma, et la rigidité dont le bras gauche fut le siége la veille de la mort.

La marche de cette maladie est d'ailleurs digne de remarque. Après que, pendant quelque temps, un des côtés du corps s'est progressivement affaibli, l'individu perd tout à coup connaissance, et il est frappé d'hémiplégie. Jusque-là tout est semblable à ce que nous avons vu dans les observations précédentes. Mais, tandis que dans ces dernières la perte de connaissance va en augmentant jusqu'à la mort, ici au contraire elle diminue; le malade sort de son état comateux; il recouvre bientôt assez d'intelligence pour comprendre les questions qu'on lui adresse : d'abord il ne peut pas y répondre; il ne forme que quelques sons inarticulés; puis la parole lui est rendue. C'est au milieu de cette tendance notable vers un état meilleur que les symptômes s'aggravent de nouveau, et sont bientôt suivis de la mort. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, l'embarras de la respiration augmenta, diminua et s'accrut de nouveau avec les accidens

cérébraux. Contrairement à d'autres cas que nous avons déjà cités, le pouls eut toujours une grande fréquence.

C'est la première fois que nous trouvons du sang épanché au milieu d'un ramollissement. Nous en rencontrerons plus bas d'autres exemples.

XXIIIe OBSERVATION.

Perte subite de connaissance et de mouvement. Retour momentané de l'intelligence; délire par intervalles; céphalalgie. Ramollissement d'un des corps striés.

Une femme, âgée de 74 ans, était occupée à blanchir du linge, lorsqu'elle fut prise d'un violent mal de tête et de quelques étourdissemens. Elle ne pouvait plus se soutenir sur ses jambes, et chancelait comme une personne ivre, nous dirent ses parens. Quelques heures se passèrent ainsi, puis elle perdit tout à coup connaissance. Au bout d'une demi-heure, elle l'avait recouvrée, mais elle était paralysée du côté droit. On la transporta immédiatement à la Charité.

Lorsque nous la vîmes, il y avait environ quinze heures qu'elle avait eu son attaque. Son intelligence paraissait faible, mais assez nette cependant pour qu'elle pût comprendre toutes nos questions, et y répondre. Elle nous regardait d'un air comme étonné; interrogée si elle souffrait quelque part, elle montrait de la main le côté gauche de la tête; elle articulait avec une certaine difficulté, et bredouillait en parlant; dans certains momens elle s'arrêtait au milieu d'une phrase, comme pour chercher ses expressions. La vue paraissait égale des deux côtés; la bouche était déviée à gauche, et la langue sortait de cette cavité, en se portant assez fortement

à droite ; la sensibilité semblait être égale des deux côtés de la face ; les deux membres du côté droit étaient privés de tout mouvement ; ils n'offraient d'ailleurs aucune rigidité, aucune contracture ; la peau qui les recouvre ne sentait que d'une manière très obtuse l'impression des corps extérieurs. Du côté des fonctions de la vie de nutrition, il n'y avait rien de bien remarquable : le pouls, régulier et assez développé, battait soixante-douze fois par minute : la respiration n'était ni accélérée, ni stertoreuse.

Pendant les vingt jours suivans, cette femme resta à peu près dans l'état que nous venons de décrire : de temps en temps seulement son intelligence se troublait ; elle ne savai plus où elle était. Sa mémoire se perdait ; elle tenait des propos désordonnés. Ce trouble de l'intelligence revenait, sans cause connue, tous les deux ou trois jours. Elle se plaignait toujours de souffrir du côté gauche de la tête. Toutefois elle maigrissait, et sa face prenait une teinte jaune terreuse. Bientôt l'appétit se perdit complètement ; une large eschare se forma au sacrum ; la langue se sécha ; les selles devinrent involontaires, et la malade mourut dans un état adynamique, quarante-sept jours après son admission à l'hôpital. Dans les huit derniers jours de sa vie, il y eut un délire continuel.

A l'époque de son entrée, cette malade avait été saignée deux fois. Plus tard, on lui appliqua un vésicatoire à la nuque, et on lui donna quelques apozèmes purgatifs.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La pie-mère, qui recouvre la convexité des hémisphères, était infiltrée d'une notable quantité de sérosité un peu trouble ; l'arachnoïde en était soulevée. Un liquide de même na-

ture remplissait le ventricule gauche; il n'y en avait pas dans le droit.

Le corps strié gauche était occupé par un ramollissement pultacé d'un pouce et demi de long, sur un pouce de large. Au centre de ce ramollissement, dont la couleur était jaunâtre, on apercevait trois petits points rouges, dont chacun avait à peu près le volume d'une grosse tête d'épingle. Tout le corps strié était généralement plus mou que celui du côté opposé, et la substance cérébralc qui l'environnait avait elle-même, dans l'espace de quelques lignes, moins de consistance qu'ailleurs. La couche optique était parfaitement saine : aucune autre lésion ne fut trouvée dans l'encéphale.

Dans le thorax, on trouva les poumons engoués, le cœur à son état normal.

Dans l'abdomen, rien de notable, si ce n'est une teinte grise ardoisée de la membrane muqueuse gastrique, et une injection par plaques de l'intcstin grêle et du gros intestin.

Chez l'individu qui fait le sujet de cette observation, l'espace qui s'écoula entre les premiers accidens cérébraux et la perte de connaissance fut plus court que chez les autres. Ccs accidens furent ceux qui caractérisent une des formes de la congestion cérébrale. La paralysie ne fut constatée qu'après la perte de connaissance : celle-ci fut beaucoup moins longue que dans les cas précédens. Lorsquc la malade fut revenue à elle, son intelligence avait encore toutefois quelque chose d'obtus, et l'embarras de la parole était un des phénomènes prédominans. Nous appelons l'attention sur ce délire qui se manifesta plus tard, d'abord par intervalles, puis d'une manière continue. C'est la première fois que nos observations

nous le montrent. Était-il lié à l'état des méninges? en trouverons-nous la raison dans le liquide trouble qui infiltrait la pie-mère, et qui remplissait le ventricule situé du côté du ramollissement? A aucune époque de la maladie, nous ne trouvâmes de contracture dans les membres paralysés. C'est encore là un cas où il y a hémiplégie, bien que le corps strié soit seul altéré; car notez que la portion de substance cérébrale qui, en dehors de lui, avait un peu perdu de sa consistance, ne s'avançait pas même jusqu'à son extrémité postérieure. Ainsi, la couche optique et ses radiations, comme disent les anatomistes, avaient conservé toute leur intégrité.

Voilà deux cas de suite où, dans les parties ramollies, nous trouvons quelque peu de sang épanché, et en même temps, partout où le ramollissement existe, on trouve une coloration jaunâtre, qui rappelle celle des ecchymoses à une certaine période de leur existence. Il y a là sans doute quelque chose de différent de ces autres cas que nous avons cités, où les parties ramollies avaient conservé leur couleur normale.

XXIVe OBSERVATION.

Perte subite de connaissance, sans symptômes précurseurs appréciables. Hémiplégie; retour de l'intelligence, et plus tard nouvel état comateux. Ramollissement de tout un hémisphère.

Un homme, âgé de 68 ans, fortement constitué, et ayant assez d'embonpoint, s'était livré à ses occupations habituelles, et il venait de dîner, lorsqu'au milieu d'une conversation il tomba tout à coup sans connaissance. On le transporta à la Charité, où il revint bientôt à lui. Il put sur-le-champ marcher; une saignée du bras fut immédiatement pratiquée. Le

lendemain, à la visite, nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Paralysie complète du bras droit, sans contracture ; liberté complète des mouvemens du membre abdominal droit ; distension passive de la joue droite à chaque expiration ; commissure gauche des lèvres tirée en haut ; langue portée à droite, lorsqu'elle sort de la bouche ; sensibilité obtuse de la peau du membre paralysé, ainsi que de celle qui recouvre la moitié droite du thorax et de l'abdomen ; vision conservée ; état naturel des pupilles ; impossibilité d'articuler aucun mot, bien que le malade comprenne évidemment tout ce qu'on lui dit. Lorsqu'on lui demande s'il souffre quelque part, et à la tête en particulier, il fait un signe négatif. Pouls dur et fréquent, face rouge ; respiration libre ; langue humide et blanchâtre (*trente sangsues au cou ; sinapismes aux jambes ; une pinte d'eau de veau, avec addition d'une once de sulfate de soude et d'un demi-grain de tartre stibié ; limonade*).

Dans la soirée, on trouve le pouls très dur et la face fortement injectée : une deuxième saignée du bras est pratiquée.

Le lendemain matin, l'état du malade s'est aggravé : il est assoupi, et il ne paraît plus comprendre ce qu'on lui dit. Il ne parle pas plus que la veille : le membre abdominal droit s'est paralysé ; la respiration commence à être stertoreuse ; le pouls, toujours dur, a perdu de sa fréquence.

On ouvre l'artère temporale, et on en retire environ six onces de sang. Celui-ci s'écoule lentement, par petites saccades, presque en nappe. Le soir, une nouvelle saignée du bras est pratiquée. (Chacune de ces saignées a été d'à peu près une livre.) Deux vésicatoires sont en outre appliqués aux cuisses, et des sinapismes sont promenés sur divers points des extrémités inférieures.

Les quatre jours suivans, le coma devient de plus en plus prononcé. On ne peut plus en retirer le malade ; toute la peau est complètement insensible ; le stertor de la respiration augmente ; le pouls s'affaiblit et devient irrégulier ; une sueur froide inonde le corps, et le malade succombe six jours après l'apparition des premiers accidens cérébraux. Pendant les quatre derniers jours, vésicatoire à la nuque ; lavemens purgatifs et boissons laxatives.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Adhérences très fortes et très nombreuses de la dure-mère à la voûte du crâne. Les méninges ne sont point injectées, et aucune infiltration n'existe dans la pie-mère. L'hémisphère droit, sablé d'une assez grande quantité de points rouges, est d'ailleurs sain. Le ventricule de ce côté contient à peine une cuillerée à bouche de sérosité limpide.

Depuis quelques lignes au-dessous des circonvolutions de la convexité, jusqu'à sa base, l'hémisphère gauche est transformé en une bouillie grisâtre, qui s'écoule comme un liquide, lorsqu'on l'incline. On ne trouve dans ce détritus, ni injection, ni épanchement de sang ; il offre même un moins grand nombre de points rouges que l'hémisphère droit. La couche optique et le corps strié sont ramollis comme le reste. Les autres parties de l'encéphale sont dans l'état sain. Les deux artères carotides internes et leurs divisions présentent un grand nombre de points d'ossification.

Thorax. Ossification des cartilages costaux ; engouement des poumons ; volume considérable du cœur : quelques points en ossification dans la valvule mitrale, ainsi que dans les valvules sigmoïdes de l'aorte.

Abdomen. Vive rougeur de la partie gauche du colon transverse, du colon descendant et du rectum.

On a observé peu de cas dans lesquels le ramollissement fût aussi étendu que chez le sujet dont nous venons de présenter l'histoire. Ce ramollissement ne devint vraisemblablement aussi considérable qu'à l'époque où commença l'état comateux, c'est-à-dire vers le troisième jour de la maladie. Voyez cependant combien ici le traitement fut actif : en quarante-huit heures trois livres de sang veineux sont extraites, l'artère temporale est ouverte ; trente sangsues sont appliquées au cou ; la peau est couverte de révulsifs, et une fluxion est sollicitée vers l'intestin. C'est en face de ce traitement, si je puis ainsi parler, que la maladie, qui s'était amendée, s'aggrava d'une manière effrayante. C'est après tous ces efforts de l'art, que surviennent rapidement la perte de connaissance, l'insensibilité générale, la respiration stertoreuse.

Ce cas diffère des précédens en ce qu'ici la perte de connaissance survint tout à coup, et sans aucun symptôme précurseur : du moins on nous assura bien que jusqu'au moment de son attaque, cet individu n'avait présenté aucun phénomène morbide. Cette perte de connaissance dura peu de temps, comme chez d'autres malades. L'intelligence revint ; mais la parole resta complètement perdue.

Remarquons encore dans ce cas que la paralysie fut d'abord bornée au membre thoracique. Était-ce parce que dans le principe le ramollissement n'avait existé que vers le lobe postérieur ? mais alors la parole aurait dû être conservée : ou bien, si le lobe antérieur avait été d'abord affecté, comme l'auraient admis ceux qui rapportent aux lésions de ce lobe la

perte de la parole, le membre abdominal aurait dû être troublé dans ses mouvemens, alors que l'exercice de la parole ne pouvait plus s'accomplir.

XXVe OBSERVATION.

Somnolence au début; plus tard, perte momentanée de connaissance suivie d'hémiplégie. Mort par le cœur. Ramollissement de la couche optique et du corps strié du côté droit. Affection tuberculeuse des testicules. Anévrysme du cœur.

Un homme, âgé de 43 ans, ressentait depuis plusieurs années une oppression habituelle qui augmentait par tous les efforts musculaires. Depuis un an la dyspnée était devenue plus forte; et depuis deux ou trois mois il s'était aperçu que son testicule gauche avait pris un grand développement. Lorsqu'il entra à la Charité, nous fûmes d'abord frappés de la teinte jaune paille de sa face : il restait couché horizontalement dans son lit, sans avoir besoin d'oreillers pour soutenir le tronc ou la tête; il sentait à peine une légère dyspnée, lorsqu'il s'abstenait de mouvement; son sommeil était assez paisible; il avait de fréquens étourdissemens. La main, appliquée sur la région précordiale, ne distinguait que des battemens assez obscurs. Écoutés avec le cylindre, ils étaient singulièrement irréguliers et tumultueux; mais, d'ailleurs, ils n'offraient qu'une impulsion très légère à la région précordiale, et on ne les entendait qu'assez faiblement le long du sternum et dans le côté antérieur droit du thorax. Le pouls était très petit, très irrégulier, parfois insensible. Nous verrons combien ces signes étaient loin d'indiquer quel était l'état du cœur.

Le malade ne présenta aucun changement dans son état pendant le premier mois de son séjour à la Charité. Au bout de ce temps, nous observâmes qu'il commençait à présenter une tendance remarquable à s'assoupir : bientôt il resta dans un état continuel de somnolence; cependant on l'en tirait facilement, et alors son intelligence avait toute sa netteté; ses mouvemens étaient libres et faciles. Nous lui demandâmes plusieurs fois s'il ne sentait pas de mal de tête; il répondit toujours négativement. La respiration n'était pas plus gênée que de coutume; les étourdissemens n'avaient pas augmenté. Cet état de somnolence durait déjà depuis quatre à cinq jours, lorsqu'un matin nous fûmes frappés du changement que le pouls du malade avait subi : petit jusqu'alors, il avait pris un grand développement, et il présentait une dureté singulière; la peau avait aussi une chaleur inaccoutumée.

La journée se passa sans aucun nouvel accident : mais dans la soirée, le malade perdit tout à coup connaissance; au bout d'un quart-d'heure environ il avait repris l'usage de ses sens. Pendant ce temps, il ne présenta aucun mouvement convulsif, aucune contraction des membres.

Le lendemain matin, le malade paraissait jouir de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles : il n'avait aucun mal de tête, et n'en avait pas ressenti la veille; la parole était libre; mais les membres gauches, si agiles encore vingt-quatre heures auparavant, étaient complètement privés de mouvement, et la peau qui les recouvre n'avait plus qu'une sensibilité très obtuse; en même temps la commissure droite des lèvres était légèrement tirée en haut, et à chaque expiration, la joue gauche se laissait distendre par l'air. La langue se tirait droite, la vision s'opérait également bien des deux côtés (*saignée d'une livre; apozème purgatif*).

Les deux jours suivans, l'état du malade resta le même ; puis, sans aucun nouvel accident cérébral, la respiration devint tout à coup beaucoup plus gênée, et, au bout de quarante-huit heures, le malade succomba après avoir passé par tous les degrés de l'asphyxie. Jusqu'au dernier moment, l'intelligence conserva toute sa lucidité.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les méninges n'offraient rien de remarquable : la substance cérébrale, enlevée par tranches minces, fut trouvée parfaitement saine jusqu'au niveau des ventricules latéraux. A droite, le corps strié et la couche optique n'existaient véritablement plus. A leur place, on trouvait une bouillie d'un blanc légèrement rosé en plusieurs points, jaunâtre en d'autres. Cette altération atteignait dans l'étendue d'un à deux pouces la substance nerveuse qui borne en dehors le corps strié de la couche optique : on n'y voyait aucune trace d'épanchement sanguin. Aucune autre lésion n'existait dans le reste de l'encéphale.

Thorax. Les poumons étaient infiltrés d'une prodigieuse quantité de sérosité spumeuse, qui en ruisselait de toutes parts, lorsqu'on les incisait.

Le cœur avait un volume énorme, qui était dû à la fois à la dilatation de ses cavités, et à l'hypertrophie de ses parois. Mais, non loin de sa pointe, dans un espace qui pouvait égaler la largeur d'une pièce de 5 fr., les parois du ventricule gauche devenaient tout à coup très minces ; elles égalaient à peine en épaisseur les parois des oreillettes. Dans cet endroit, existait à l'intérieur une sorte de poche assez semblable au sac anévrysmal des artères ; les orifices auriculo-ventricu-

laire et aortique étaient libres; les parois du ventricule droit étaient également hypertrophiées; un énorme caillot, d'une densité remarquable, remplissait sa cavité et s'étendait dans l'oreillette; il adhérait d'une manière intime aux colonnes charnues des ventricules. S'était-il formé pendant la vie? avait-il eu sa part dans la production de l'asphyxie? les parois des oreillettes avaient conservé leur épaisseur ordinaire. L'aorte était remarquable par ses grandes dimensions : on n'y trouvait aucune plaque, ni cartilagineuse, ni osseuse.

Abdomen. Foie gorgé de sang; muqueuse intestinale généralement injectée. Une sérosité limpide, incolore, était épanchée dans la tonique vaginale du côté droit : le testicule de ce côté était creusé de cinq ou six petites cavités remplies d'une matière tout-à-fait semblable à la matière tuberculeuse ramollie. Entre ces foyers, le tissu même du testicule ne présentait plus les filamens déliés qui le constituent dans l'état sain; on n'y trouvait plus qu'une substance dure et homogène, d'un gris rougeâtre.

Avant que l'ouverture du cadavre n'eût été pratiquée, quel médecin n'aurait pas admis dans ce cas l'existence d'une hémorrhagie cérébrale? Voyez, en effet, comme tous les symptômes paraissent l'annoncer. C'est un individu, atteint d'une affection organique du cœur, et qui depuis long-temps est sujet à des étourdissemens; voilà déjà un commencement de congestion cérébrale; puis survient un assoupissement qui semble annoncer un degré plus fort de cette congestion; il dure cinq jours environ, et aboutit à une perte subite de connaissance, qui n'est que momentanée, et laisse à sa suite une hémiplégie. Ne devait-on pas penser qu'à la simple con-

gestion avait succédé un épanchement de sang ? Cette opinion semblait encore prendre un nouvel appui dans l'absence de toute céphalalgie, comme de toute contracture des membres. Elle se fortifiait également par la considération du remarquable changement que le pouls avait subi quelques heures avant l'attaque : c'était cependant un simple ramollissement qui existait.

La perte de connaissance fut momentanée, comme dans plusieurs des observations précédentes ; mais tandis que, dans celles-ci, divers troubles de l'intelligence suivirent plus ou moins immédiatement le retour des malades à la connaissance, ici au contraire, les facultés intellectuelles restèrent jusqu'à la fin parfaitement intactes. L'affection du cerveau ne manifesta plus son existence que par la persistance de l'hémiplégie : la somnolence même, qui avait précédé la perte de connaissance, ne se montra plus. Fut-ce l'influence de la maladie cérébrale qui concourut à la production de l'œdème pulmonaire, par lequel succomba le malade ? nous serions portés à le penser.

Pourrions-nous ici ne pas dire un mot sur la lésion remarquable dont le cœur était le siége, sur cet amincissement partiel des parois du ventricule gauche, qui contrastait d'une manière si frappante avec l'augmentation d'épaisseur que ces parois présentaient dans le reste de leur étendue ! Ce cas rappelle ceux du même genre qui ont déjà été publiés par M. Breschet et quelques autres.

Quant aux symptômes mêmes de l'affection du cœur, combien ne sont-ils pas dignes de remarque, si on les compare à la nature des lésions que l'autopsie montra dans cet organe. La main et l'oreille appliquées sur la région du cœur n'y reconnurent pas d'impulsion, malgré la très forte hypertro-

phie qui existait. L'étendue des battemens était peu considérable, bien que les cavités droite et gauche fussent très dilatées. Il n'y avait ni à l'origine de l'aorte, ni à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche aucun obstacle, aucun rétrécissement, rien en un mot qui pût expliquer l'irrégularité des battemens du cœur et des artères; rien non plus qui pût rendre compte de l'extrême petitesse du pouls. Cette petitesse, d'ailleurs, dépendait certainement moins d'une lésion matérielle appréciable par le scalpel, que du mode même de contraction du cœur, puisqu'elle cessa tout à coup, le jour où le malade fut frappé d'une attaque d'apoplexie. Le grand développement que le pouls prit alors, et qui contrastait d'une manière si remarquable avec l'état véritablement filiforme des jours précédens, fut en quelque sorte le prodrôme de cette attaque.

C'est par cette observation que nous terminons la série des cas dans lesquels la perte subite de connaissance fut un des phénomènes prédominans du ramollissement cérébral. Dans tous les cas que nous avons cités, sauf un seul (obs. XXIV), la perte de connaissance n'était pas le premier accident qui annonçât l'affection du cerveau. Elle était précédée de symptômes divers, tels que céphalalgie, étourdissemens, affaiblissement des membres, paralysie, trouble de l'intelligence, assoupissement. Ces phénomènes devançaient la perte de connaissance tantôt de quelques instans seulement, tantôt de plusieurs mois. La perte de connaissance elle-même ne durait que quelques minutes, ou bien elle se prolongeait plusieurs jours. Après elle, la paralysie qui l'avait précédée se trouvait augmentée; ou, si cette paralysie n'avait pas existé auparavant, on la voyait survenir. Dans plusieurs de nos cas, la perte de connaissance a persisté jusqu'à la mort; dans d'autres, elle a

cessé plus ou moins long-temps avant le terme fatal ; et alors tantôt l'intelligence reparaissait avec toute son intégrité, soit pour toujours, soit momentanément ; tantôt le malade ne reprenait ses sens que pour tomber dans un délire qui un peu plus tard aboutissait à un état comateux : voilà les traits principaux qui ressortent de nos observations. Passons maintenant à une autre série de cas, dans lesquels la connaissance ne se perd plus subitement, mais où elle ne disparaît que graduellement, tantôt remplacée par un coma de plus en plus profond, tantôt par diverses formes de délire.

ARTICLE II.

RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU, AVEC AFFAIBLISSEMENT OU PERVERSION DE L'INTELLIGENCE.

XXVIe OBSERVATION.

Attaque d'apoplexie quatre ans avant la mort ; rétablissement complet. Hémiplégie survenue subitement après quelques jours d'une céphalalgie violente ; délire.

Un homme, âgé de 70 ans, très fortement constitué, avait eu, quatre ans avant son admission à la Charité, une *attaque d'apoplexie*, dont il n'avait conservé aucune trace. Depuis cette époque, il avait joui d'une bonne santé. Vers la fin du mois de février, il commença à ressentir une douleur assez vive dans le côté gauche de la tête, et en même temps un engourdissement pénible dans la main droite ; on remarqua aussi qu'il semblait chanceler un peu sur ses jambes. Quinze jours environ se passèrent ainsi, lorsqu'un matin on le trouva

dans son lit plongé dans une sorte de sommeil léthargique, dont on ne put pas le tirer. Vers midi, il se réveilla spontanément; mais il était en délire, et semblait être dans l'impossibilité d'articuler aucune parole. Les membres droits étaient paralysés : il fut immédiatement saigné; et, après être resté chez lui quatre jours dans cet état, il fut conduit à la Charité.

L'hémiplégie droite était alors complète; la bouche se déviait à gauche. Le malade ne répondait à aucune question; il ne prononçait pas une parole, et ne cherchait pas même à articuler quelques mots. Les yeux largement ouverts et fixes avaient une expression farouche, il semblait préoccupé de quelque idée qui l'absorbait entièrement, et lui imprimait un sentiment de terreur : une saignée fut pratiquée.

Le lendemain matin, l'état des facultés intellectuelles était le même. Lorsqu'on pinçait légèrement sa peau, ou qu'on le tourmentait par un examen un peu prolongé, sa figure exprimait la colère; ses yeux devenaient étincelans, et il levait avec violence son bras gauche pour frapper ceux qui l'entouraient; ses yeux étaient fortement colorés; sa bouche entr'ouverte, et qui n'était plus déviée, laissait apercevoir la langue sèche et pâle. Le membre abdominal avait recouvré la liberté de ses mouvemens; le membre thoracique, soulevé, retombait encore de son propre poids comme une masse inerte. Si l'on pinçait la peau de ce membre, la physionomie du malade prenait un air menaçant. Le pouls était fréquent, régulier, assez résistant; la respiration normale (*trente sangsues au cou; eau de veau avec une once de sulfate de soude*).

Nous étions ainsi arrivés au sixième jour, à dater de l'apparition du sommeil léthargique. Le septième jour, rien de nouveau (*vésicatoires aux jambes*).

Le huitième jour, le malade commença à prononcer, en balbutiant, quelques mots inintelligibles; toutefois le délire persistait : nous vîmes le bras droit exécuter quelques légers mouvemens.

Le neuvième jour, nous ne fûmes pas peu étonnés de voir le malade se soutenir avec facilité sur le coude du bras droit. Il nous regardait d'un air stupide, sans faire le moindre effort pour nous répondre.

Les deux jours suivans, nous nous assurâmes que le membre abdominal droit exécutait dans le lit des mouvemens étendus, et le membre thoracique du même côté pouvait aussi se remuer assez pour être porté par le malade à sa tête. Il imprimait assez facilement à l'avant-bras et aux doigts des mouvemens de flexion et d'extension; enfin à plusieurs reprises nous le vîmes écarter et rapprocher du tronc ce même bras droit.

Le douzième jour, le malade, pour la première fois, prononça quelques paroles d'une manière assez distincte; il nous répondit une ou deux fois; mais il était toujours en délire : le pouls avait de la fréquence.

Dans la soirée de ce même jour, la respiration, libre jusqu'alors, s'embarrassa tout à coup; elle devint stertoreuse.

Dans la matinée du treizième jour, la gêne de la respitation était extrême; un râle trachéal très fort existait; la face était livide; les yeux éteints; le malade était mourant : il succomba effectivement peu de temps après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les méninges n'étaient ni injectées, ni infiltrées d'aucun liquide. La substance cérébrale ne présentait non plus au-

cune injection. Au niveau et en dehors du corps strié du côté gauche, vers le milieu de la longueur de ce corps, apparaissait une tache rougeâtre de la largeur d'un franc. Dans cet espace, le tissu du cerveau était réduit en une véritable bouillie, à laquelle on aurait mêlé une petite quantité de matière colorante rouge. Cette altération, dont nous avons indiqué les dimensions en largeur, avait à peine un pouce de profondeur. Le reste du système nerveux ne présenta aucune lésion appréciable.

Le ventricule gauche du cœur présentait un degré assez prononcé d'hypertrophie concentrique. Les poumons étaient fortement engoués.

Voilà sans doute une altération bien peu considérable, pour expliquer d'aussi graves symptômes. Comme dans bien d'autres cas, la maladie eut un prodrôme marqué par de la céphalalgie et par un faible commencement de paralysie; puis survint ce sommeil léthagique qui rapproche un peu cette observation de celles placées dans le groupe précédent. En se réveillant, le malade était frappé d'une hémiplégie complète, et il délirait. La perversion de l'intelligence ne cessa qu'avec la vie, et elle eut toujours à peu près le même caractère. La paralysie nous offre une circonstance bien remarquable : c'est sa diminution rapide, à tel point, que, couché dans son lit, le malade semble jouir de toute la liberté de ses mouvemens, et cela, après que très peu de jours se sont écoulés depuis l'instant où nous avons observé chez lui une paralysie si complète. On peut sans doute expliquer cette circonstance par le peu d'étendue du ramollissement. Mais alors pourquoi le délire ne cessa-t-il pas lui-même?

Pourquoi fût-ce ici le contraire de ce que l'on observe le plus communément ? Qui ne sait en effet que dans la plupart des cas de ce genre, la paralysie persiste long-temps après que l'intelligence a recouvré son intégrité. Notez bien qu'ici les méninges n'étaient nullement malades, que la substance cérébrale environnante n'offrait même pas ce pointillé rouge plus ou moins vif qu'elle présente dans plusieurs cas de ramollissement. La lésion était donc pour nos yeux entièrement bornée au point ramolli.

Comme dans quelques autres des cas précédemment cités, la mort eut lieu par le poumon. Tout à coup, sans cause connue, la respiration, qui était restée libre pendant tout le cours de la maladie, devint très gênée, et une prompte asphyxie en fut le résultat.

XXVIIe OBSERVATION.

Asphyxie par la vapeur de charbon. Signes de congestion cérébrale au début. Plus tard, somnolence; hémiplégie avec contracture. Ramollissement commençant aux circonvolutions mêmes.

Un homme, âgé d'environ 68 ans, avait depuis quelque temps les idées un peu dérangées. Un soir, après avoir écrit une diatribe contre le gouvernement, il s'enferma dans sa chambre avec du charbon dans le but de s'asphyxier. En effet, il fut trouvé le lendemain sans connaissance; on le conduisit alors à la Charité.

A la visite, il fut impossible d'obtenir de lui aucune réponse; il était dans une agitation continuelle; les avant-bras fléchis sur les bras, et ceux-ci sans cesse en mouvement. Il étendait les jambes, et les fléchissait alternativement; il ac-

cusait des douleurs de tête. La bouche n'était déviée d'aucun côté; il faisait de vains efforts pour sortir la langue, qu'on apercevait sèche au fond de la bouche. Le pouls était sans force et sans fréquence.

Le lendemain, les membres étaient toujours agités, mais moins que la veille. Ils étaient douloureux, quand on les pressait; il en était de même de l'abdomen. Quarante sangsues furent appliquées derrière les oreilles.

Les jours suivans, l'état du malade s'améliora beaucoup : les membres n'étaient plus agités; il répondait aux questions, et demandait à manger. On comptait sur une guérison prochaine, lorsqu'un matin il fut trouvé dans un état de somnolence remarquable. En même temps on s'aperçut d'une déviation de la bouche à gauche; le bras droit était paralysé; le petit doigt et l'annulaire de la main de ce côté étaient dans un état de contracture permanente.

Les deux jours suivans, hémiplégie droite complète; somnolence continuelle; pouls lent; respiration libre.

Le lendemain, la respiration commença à s'accélérer, ainsi que le pouls. Bientôt la dyspnée devint extrême; du râle trachéal s'établit, et quarante-huit heures après que la respiration avait commencé à devenir gênée, le malade succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Sa voûte fut enlevée sans efforts; les glandes de Pacchioni étaient en assez grand nombre, surtout à droite, où elles formaient une masse considérable. Les vaisseaux de la dure-mère ne semblaient pas plus injectés que de coutume. Avant de l'inciser, on remarqua que cette membrane

était tendue et parfaitement remplie par le cerveau. Les vaisseaux sous-arachnoïdiens étaient injectés : des lignes d'un blanc laiteux se remarquaient surtout à droite, suivant le trajet des circonvolutions. Il existait plus de sérosité à la surface de l'hémisphère gauche qu'à celle du droit. L'hémisphère droit avait une bonne consistance dans toute son étendue. L'hémisphère gauche était également bien consistant en avant ; mais, latéralement, il était manifestement ramolli ; on enlevait avec la pie-mère une couche de substance cérébrale. La couche corticale correspondant aux parties ramollies, surtout supérieurement, était pâle, et son épaisseur paraissait moindre que dans les endroits non altérés. Des coupes successives permirent de suivre le ramollissement profondément et en arrière : il s'étendait en dehors du ventricule depuis l'union du tiers antérieur de l'hémisphère avec son tiers moyen jusqu'à sa partie postérieure où il se terminait en pointe. L'aspect de ce ramollissement était d'un blanc légèrement jaunâtre. Un filet d'eau qu'on laissait tomber sur lui l'entraînait et donnait lieu à la formation de cavités à parois floconneuses : en quelques points la substance grise était rouge et injectée. Les ventricules contenaient peu de sérosité. Aucune autre altération n'existait dans l'encéphale.

Thorax. Poumons libres d'adhérences, colorés par beaucoup de matière noire ; engouement de leur partie postérieure ; petit tubercule crétacé au sommet de l'un d'eux, lequel est entouré d'une plaque cartilagineuse. Rien de remarquable dans le tissu du cœur, si ce n'est une grande facilité à se laisser déchirer.

Le commencement de l'aorte était sain. Vers la partie inférieure de sa portion abdominale, la membrane interne manquait dans l'étendue d'un demi-pouce. Le fond de cette es-

pèce d'ulcération était rugueux, et criait sous le scalpel ; la membrane interne du voisinage était ramollie.

Abdomen. La membrane muqueuse gastrique offrait en plusieurs parties de son étendue un pointillé rouge assez vif. Vers le grand cul-de-sac elle était amincie et ramollie.

Une vive inflammation existait à la peau du dos du pied et de la partie inférieure de la jambe, résultat probable de l'application des vésicatoires.

Au début, cette maladie ressemble à une congestion cérébrale, puis à une inflammation des méninges. Les désordres musculaires existent également des deux côtés du corps, et il y a délire complet. Ces symptômes ont été précédés d'une perte de connaissance, et celle-ci a été le résultat probable de l'inspiration de la vapeur de charbon. Voilà le premier temps de la maladie ; jusqu'à présent nous n'avons aucune preuve de l'existence d'un ramollissement : c'est après qu'une amélioration notable a eu déjà lieu, que recommence une seconde série d'accidens, et ceux-ci indiquent d'une manière bien plus positive le ramollissement. C'est à cette dernière lésion qu'on dut effectivement attribuer l'hémiplégie avec contracture partielle, dont les membres droits devinrent le siége. Le délire des jours précédens fut alors remplacé par de la somnolence, et ici encore la mort fut le résultat immédiat de la gêne croissante de la respiration.

Nous doutons que l'ouverture du corps ait montré dans ce cas la cause du trouble de l'intelligence qui existait chez ce malade avant l'invasion de la maladie qui l'entraîna au tombeau.

XXVIIIe OBSERVATION.

Délire; contracture des membres du côté droit; coma. Ramollissement rouge d'un des hémisphères. Hydrocéphale aiguë. Sécheresse de l'arachnoïde.

Un jeune homme de 19 ans, commis-marchand dans une maison de nouveautés, fit, quinze jours environ avant son admission à la maison royale de santé, une chute de cinq à six pieds de hauteur. Il n'en résulta immédiatement aucun accident; mais, peu de jours après, il éprouva du malaise, une fatigue générale, des frissons irréguliers. Huit jours s'écoulèrent ainsi; puis, quatre jours avant son entrée à la maison de santé, il commença à ressentir une forte céphalalgie, et bientôt après il délira. On le saigna, et on lui plaça vingt sangsues à l'épigastre. Le délire et la fièvre n'en continuèrent pas moins. Lorsque nous le vîmes, il nous présenta l'état suivant.

Rapides alternatives d'état comateux, et d'agitation pendant laquelle le malade tient les propos les plus désordonnés; forte injection de la face; contracture du membre thoracique droit; la main de ce membre est fortement fléchie sur l'avant-bras, et celui-ci sur le bras; nous ignorons depuis quand ce symptôme existe. Pouls fréquent (quatre-vingt-seize battemens par minute); respiration stertoreuse; langue humide; ventre souple (*vingt sangsues de chaque côté du cou; un vésicatoire à la nuque; sinapismes aux extrémités inférieures; une pinte d'eau d'orge avec addition de quatre gros de sulfate de soude*).

Dans la journée, même état. Le lendemain, coma continuel; abolition de la vue; médiocre dilatation des pupilles; écume à la bouche; même injection de la face; très forte

contracture de tout le membre thoracique droit; la main de ce côté est singulièrement contournée sur elle-même; la jambe droite est également contracturée, et nos efforts ne peuvent pas vaincre la contraction musculaire qui la tient violemment fléchie sur la cuisse; on observe par momens quelques petits mouvemens convusifs dans le membre thoracique contracturé. La sensibilité cutanée est abolie des deux côtés du corps. La respiration est fortement stertoreuse; le pouls, peu développé, donne cent quarante battemens par minute (*glace sur la tête; sinapismes aux membres inférieurs; douze grains de calomélas*).

Dans la journée, l'état comateux devient de plus en plus profond; le pouls ne peut plus être compté, tant il devient petit et fréquent, la respiration s'embarrasse de plus en plus, et le malade succombe dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE

Crâne. On n'observe rien autre chose dans les méninges, qu'une sécheresse remarquable, et un état comme poisseux de la surface libre de l'arachnoïde. Les circonvolutions cérébrales ont leur couleur et leur consistance accoutumées.

En avant du corps strié gauche, existe un ramollissement qui occupe l'espace où aurait pu être logée une noisette. Ce ramollissement a une teinte rouge très prononcée; on ne trouve aucune autre lésion dans les hémisphères, dont le tissu n'est point injecté; les ventricules sont distendus par une grande quantité de sérosité limpide comme de l'eau de roche; la voûte à trois piliers et le septum lucidum sont réduits en une pulpe diffluente blanche. Rien de notable dans les autres parties de l'encéphale.

Thorax. Nombreux tubercules, encore crus, dans les poumons; un quart de verre de sérosité limpide dans le péricarde. Cœur à l'état normal.

Abdomen. Quelques tubercules dans la rate qui est dense et d'un petit volume; légère injection rouge des villosités de l'estomac; pâleur de l'intestin grêle; plaques rouges dans le cœcum et dans le colon ascendant.

Nous ne chercherons pas à établir jusqu'à quel point il y eut un rapport entre la chute que fit cet individu et la maladie à laquelle il succomba; nous noterons seulement que les premiers phénomènes morbides suivirent de près l'époque de la chute. Ces phénomènes ne parurent pas d'abord être le résultat d'une affection cérébrale; c'était, en effet, un simple mouvement fébrile, sans symptôme local bien prononcé. Tout d'abord ce jeune homme avait éprouvé des fatigues, des malaises qui constituent le prodrôme des maladies les plus diverses; mais bientôt apparurent des symptômes qui décélèrent plus directement la souffrance de l'encéphale; toutefois, la céphalalgie et le délire qui vinrent compliquer la fièvre ne prouvaient pas encore suffisamment que la maladie eût son siége principal dans les centres nerveux; car dans combien de circonstances de semblables phénomènes ne se présentent-ils pas comme le résultat purement sympathique de l'affection d'un autre organe, et spécialement de l'intestin? Telle fut aussi l'opinion du premier médecin qui fut appelé à donner des soins à ce jeune homme, puisqu'après l'avoir saigné du bras, il lui fit appliquer des sangsues à l'épigastre. Étaient-ce encore ces alternatives de coma profond et d'agitation convulsive que nous présenta le

malade à son entrée, qui auraient pu nous donner la certitude que le cerveau était l'organe spécialement souffrant? pas davantage; car, dans bien des cas, ces phénomènes ont pour point de départ une phlegmasie gastro-intestinale, ainsi qu'on en trouve de nombreux exemples dans un des volumes précédens de cet ouvrage. Cependant l'aspect naturel de la langue devait être pris en grande considération pour établir le diagnostic; ce devait être pour nous une forte raison de présumer que nous n'avions pas affaire à une gastro-entérite, à une dothinentérite, à une lésion typhoïde; et si le siége du mal n'était pas dans les voies digestives, nous devions penser qu'il était primitivement dans le cerveau. La contracture des membres d'un côté donnait à cette opinion un beaucoup plus grand poids; car ce phénomène ne se produit guère à propos d'une souffrance purement sympathique du cerveau. Dans le cerveau était donc le siége principal de la maladie; mais qu'elle en était la nature? Y avait-il simple méningite? A cette inflammation des membranes cérébrales pouvaient se rapporter et le délire, et le coma, et l'agitation convulsive, et les modifications de la sensibilité générale, l'abolition de la vue, etc. Mais cette contracture si prononcée, bornée à un seul côté du corps, semblait annoncer une lésion de la pulpe nerveuse elle-même; si cette lésion existait (et elle était pour nous infiniment probable), elle ne pouvait guère être autre qu'un ramollissement de nature inflammatoire. En resumé, il devait y avoir chez cet individu méningo-encéphalite. L'autopsie justifia cette manière de voir; le ramollissement rouge d'une petite portion de la substance cérébrale avait un aspect bien différent de ces ramollissemens blancs, dont nous avons trouvé de nombreux exemples dans les précédentes observa-

tions. La sécheresse particulière dont l'arachnoïde était le siége n'était certainement point un état normal de cette membrane, et l'on sait que dans la plupart des phlegmasies il y a une époque où les sécrétions se suppriment. La grande quantité de sérosité limpide qui remplissait les ventricules dut aussi jouer un rôle dans la production des symptômes. Du reste, la sécheresse d'une membrane séreuse ne serait pas pour nous une preuve sans réplique qu'elle a été enflammée. Ne suffirait-il pas, pour qu'elle cessât, d'exhaler le fluide qui habituellement en lubréfie la surface, que tout à coup une grande quantité de sérum vint à être séparée du sang, en d'autres points de l'économie? N'est-ce point là ce qui arrive dans le choléra, où, à l'ouverture des corps, l'on trouve aussi d'une sécheresse singulière plusieurs grandes membranes séreuses? nous concevrions aussi que, par suite de cette sécheresse insolite, les organes que ces séreuses enveloppent pourraient se trouver gênés dans leurs fonctions, d'où résulteraient des symptômes variés qu'on attribuerait faussement à un état inflammatoire. Il ne serait pas non plus impossible que certaines modifications de l'innervation eussent encore une influence sur la dessication des membranes séreuses. Est-ce qu'une émotion morale ne prive pas tout à coup la membrane muqueuse buccale de son humidité accoutumée?

XXIXe OBSERVATION.

A la suite d'une impression morale, céphalalgie; délire; résolution des membres. Ramollissement rouge d'un des hémisphères; vive injection de la pie-mère. Tubercules dans cette membrane, dans les poumons, les plèvres, le péritoine, le foie, la rate et les reins.

Un jeune homme, âgé de 17 ans, fut atteint pendant le

cours du mois de février 1830 d'une phlegmasie gastro-intestinale, qui offrit les caractères de la fièvre dite muqueuse, et qui se prolongea pendant environ six semaines. Pendant la convalescence de cette maladie, il fut atteint d'un point pleurétique qui céda à une application de sangsues; il conserva, à la suite de ce point pleurétique une toux habituelle; à la suite de celle-ci, il eut plusieurs vomissemens, et la nuit qui succéda à l'apparition de ceux-ci, il fut pris d'une abondante diarrhée sans coliques. Dans la matinée du 16, on lui appliqua vingt sangsues à l'épigastre; toute la journée le dévoiement continua, et il y eut encore un ou deux vomissemens, dont on ne put pas nous dire la nature. Jusque là, aucun phénomène n'avait été observé du côté du système nerveux. Mais dans la soirée du 16, le malade commença à ressentir un violent mal de tête, et, pour la première fois, au rapport du médecin d'où nous tenons ces renseignemens, le pouls s'accéléra. Dans la nuit du 16 au 17, il y eut un délire complet, et beaucoup d'agitation; dans la journée du 17 juillet, l'agitation fut remplacée par de l'assoupissement; aucun phénomène particulier ne fut observé du côté des membres. Le soir ce malade entra à la Maison royale de santé. Indépendamment de l'application de sangsues faite le premier jour, il avait été saigné deux fois des bras.

Le 18 juillet, à 8 heures du matin, nous le trouvâmes dans l'état suivant.

Coma profond, dont aucune excitation extérieure ne peut tirer le malade; abolition complète de la vue; résolution des membres des deux côtés, et insensibilité de la peau qui les recouvre, langue humide; ventre souple; déjections alvines involontaires; pouls petit, battant cent vingt fois par minute, en même temps qu'ont lieu vingt-huit respirations;

peau chaude; force notable des battemens du cœur. Je tente encore une émission sanguine ; dix sangsues sont appliquées de chaque côté du cou , et je fais apposer à la nuque quatre ventouses sèches.

Immédiatement après l'application des ventouses, le malade parut reprendre un peu connaissance; mais bientôt il retomba dans son état d'assoupissement. Vers le soir et toute la nuit, il en sortit, et ne cessa de crier et de se plaindre.

Dans la matinée du 19, l'état comateux était aussi profond que la veille; la décomposition des traits, l'expression terne des yeux, le râle trachéal qui s'était établi depuis quelques heures, annonçaient une fin prochaine. L'abdomen s'était ballonné; la langue conservait sa pâleur et son humidité; le pouls était tellement fréquent et petit qu'on ne pouvait plus le compter. Cependant le malade prolongea encore son existence toute la journée; il mourut à dix heures du soir. La veille, huit grains de calomélas avaient été donnés en quatre doses d'heure en heure, et dans la matinée même du 19 je lui avais fait prendre un lavement d'eau amidonnée avec addition de vingt grains de sulfate de quinine et d'un demi-gros de camphre.

OUVERTURE DU CADAVRE

17 heures après la mort.

Crâne. De nombreuses glandes de Pacchioni sont rangées de chaque côté de la grande scissure interlobaire ; dans le cinquième antérieur de la pie-mère qui recouvre l'hémisphère droit, cette membrane présente une vive rougeur, et elle est parsemée d'un grand nombre de petits corps qui ont tous les caractères physiques des tubercules. Immédiatement

au-dessous de cette portion de pie-mère, la substance cérébrale présente un ramollissement d'un rouge framboisé, sans épanchement de sang, qui est aussi large que l'est la portion de pie-mère injectée, et qui, en profondeur, s'étend depuis la partie la plus superficielle des circonvolutions jusqu'à deux ou trois pouces au-dessus du niveau du corps calleux.

L'hémisphère gauche ne présente aucune altération appréciable. Les méninges qui le recouvrent sont infiltrées d'une petite quantité de sérosité limpide; les ventricules latéraux sont distendus par cette même sérosité, qui a séparé l'une de l'autre les deux lames du septum lucidum.

Thorax. De nombreux tubercules, dont quelques-uns sont ramollis, sont disséminés dans le parenchyme des deux poumons; il y a aussi des tubercules dans les adhérences intimes qui unisent les poumons aux côtes. Le cœur n'offre rien de remarquable; ses cavités droites sont remplies de caillots blancs.

Abdomen. Des tubercules miliaires parsèment en grand nombre le grand épiploon et remplissent aussi d'anciennes adhérences celluleuses qui unissent entre eux, d'une part, le diaphragne et le foie, d'autre part, le foie et le colon transverse; d'autres fausses membranes, également farcies de tubercules, entourent la rate.

L'estomac présente, vers son grand cul-de-sac, un pointillé rouge assez fin; partout ailleurs, sa surface interne est blanche; sa membrane muqueuse n'est nulle part ni ramollie, ni amincie.

Des tubercules apparaissent en assez grand nombre à la surface interne de l'intestin grêle; on y trouve en outre trois ou quatre petites ulcérations arrondies, qui auraient pu admettre à peine un centime; la membrane muqueuse de cet

intestin offre partout une grande pâleur ; il en est de même du gros intestin, à l'exception du colon ascendant, dont la surface interne présente une injection capilliforme.

La rate, de volume ordinaire, assez dense, contient vers son centre une grosse masse tuberculeuse, et à côté de celle-ci d'autres tubercules plus petits.

Le foie, volumineux, dépassant de deux travers de doigt le bord des côtes, est parsemé d'une grande quantité de tubercules miliaires colorés en jaune. Vers le bord libre du foie, existe un petit kyste rempli d'une matière jaune ; un autre, situé au centre du foie, contient une matière verte.

Les deux reins contiennent aussi des tubercules, dont plusieurs dans la substance corticale, et d'autres dans la tubuleuse.

Parmi les nombreux tubercules qui existaient chez cet individu dans tant de points différens, nous ferons remarquer ceux dont la pie-mère était le siége. Ce furent eux, sans doute, qui devinrent la cause prédisposante de la maladie cérébrale à laquelle succomba ce jeune homme ; toutefois, les premiers accidens n'eurent pas lieu vers les centres nerveux ; mais vers les voies digestives. Il nous paraît cependant vraisemblable que les vomissemens et le flux du ventre du premier jour eurent eux-mêmes leur point de départ dans un trouble de l'innervation. Nous sommes portés à penser que si un foyer d'irritation n'eût pas déjà existé autour du cerveau, l'émotion morale n'aurait pas eu d'aussi fâcheuses conséquences. D'une autre part, si antécédemment le cerveau eût été parfaitement sain, si, par exemple, les poumons eussent été seuls tuberculeux, il est vraisemblable que c'eussent été ces

organes qui auraient ressenti plus spécialement l'influence de la cause; mais celle-ci, en raison même de sa nature, dut plutôt agir sur l'encéphale, parce que l'encéphale déjà blessé était, par cela même, prédisposé à en ressentir plus facilement l'action. Notez bien que l'inflammation sévit seulement dans la portion de pie-mère qui contenait des tubercules, et que le cerveau lui-même ne s'affecta qu'au-dessous de cette portion de pie-mère tuberculeuse enflammée. Quelle que soit la cause qui ait produit les tubercules, toujours est-il qu'une fois développés ils devinrent un centre de fluxion autour duquel, à propos d'une impression morale, une inflammation prit naissance Les symptômes de la phlegmasie cérébrale eurent cela de remarquable qu'ils se rapportèrent beaucoup plus à une simple affection des méninges qu'à une lésion de la pulpe nerveuse elle-même. Qu'observa-t-on, en effet? D'abord de la céphalalgie et du délire, puis un état comateux qui devint de plus en plus profond, et en même temps, la résolution complète des quatre membres. Du reste, pas d'hémiplégie, pas de contracture; et cependant le ramollissement rouge du cerveau était beaucoup plus étendu que chez le sujet de l'observation XXVIII, où ce dernier phénomène fut si caractérisé. Dans ces deux cas, d'ailleurs, la sérosité qui distendait les ventricules cérébraux était en quantité assez considérable pour que nous ayons dû la considérer comme ayant eu sa part d'influence dans la production d'un certain nombre de symptômes.

XXXe OBSERVATION.

Délire; agitation; coma; hémiplégie. Ramollissement du corps strié; état sain des méninges.

Une femme, âgée de 27 ans, entra le 23 juin 1831 à l'hô-

pital de la Pitié. Elle était alors dans un état de délire complet; nous ne pûmes avoir aucun renseignement sur les antécédens.

Le 24 à huit heures du matin, le délire persistait, malgré une saignée pratiquée la veille au soir. Cette femme parlait continuellement; elle agitait sans cesse ses bras et ses jambes; la face était fortement injectée. Le pouls ne donnait que soixante-huit battemens par minute; la respiration était remarquable par sa grande inégalité: dans un certain moment nous notâmes à peine dix-huit respirations par minute, et bientôt après nous en comptâmes de vingt-huit à trente. Nous fîmes mettre trente sangsues au cou; elles coulèrent abondamment.

Malgré cet écoulement de sang, l'agitation devint tellement considérable dans la journée qu'on fut obligé de mettre la camisole à la malade.

Le 25 et le 26, même état (*nouvelle application de sangsues aux apophyses mastoïdes*).

Le 27, la malade est plus calme, mais elle n'a pas sa raison. Sa loquacité a cessé; elle ne parle que lorsqu'on lui adresse quelques questions; mais ses réponses n'ont pas de sens. Elle ne cherche plus à quitter son lit, et on lui a ôté la camisole. Les deux pupilles sont fortement contractées; l'injection de la face est moindre. Nous voyons les quatre membres exécuter divers mouvemens avec une entière liberté; la malade se met en colère lorsqu'on les pince; la langue est pâle et humide, le ventre souple; il n'y a pas de selle; le pouls bat à peine soixante fois par minute; les mouvemens respiratoires se succèdent plus régulièrement; nous en comptons vingt-six par minute (*douze grains de calomel*).

Le 28, la malade est plus affaissée que la veille; l'expres-

sion de la face est celle de la stupeur ; elle se tient immobile dans son lit, sans prononcer aucune parole ; et, dès qu'il n'y a plus aucun bruit autour d'elle, ses yeux se ferment. La sensibilité de la peau est obtuse ; le membre thorachique droit, soulevé, se soutient en l'air moins long-temps que le gauche, et il résiste beaucoup moins que celui-ci pour prendre les différentes positions qu'on cherche à donner à l'un et à l'autre. Le pouls n'a pas changé, non plus que la respiration. Le calomel, donné la veille, a donné lieu à quelques selles. Un vésicatoire est appliqué à la nuque.

Le 29, l'agitation est revenue, et de nouveau la malade parle beaucoup, mais toujours en déraisonnant complètement ; la face s'est de nouveau injectée ; le pouls ne s'est point accéléré. Mais ce qui nous frappe surtout, c'est la différence qui existe, sous le rapport du mouvement, entre le bras droit et les autres membres. Ceux-ci ne restent pas un instant en repos ; le bras droit, au contraire, demeure immobile, et, lorsqu'on le soulève, il retombe de son propre poids ; la sensibilité nous y paraît aussi beaucoup plus obtuse qu'ailleurs ; il n'offre pas la moindre trace de contracture. Nous faisons appliquer vingt sangsues à l'anus.

Le 30, la malade est revenue à l'état d'affaissement qu'elle nous avait présenté le 28. Mais il est plus considérable : les yeux restent fermés ; les impressions extérieures ne paraissent plus être perçues. La vue, l'ouïe, l'odorat, ne répondent plus à leurs excitans propres ; on a beau pincer fortement la peau, aucun signe de douleur ne se manifeste. Lorsque nous soulevons le bras droit, il retombe beaucoup plus rapidement, à l'instar d'une masse inerte ; la même différence existe entre les deux membres abdominaux. Le pouls bat soixante-dix fois par minute (*deux vésicatoires aux jambes*).

Le 1er juillet, coma des plus profonds; respiration stertoreuse; pouls très accéléré pour la première fois (cent trente-six battemens par minute). Mort dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les méninges ne sont pas injectées; l'arachnoïde et la pie-mère ont leur consistance accoutumée; l'arachnoïde a son humidité ordinaire. La pie-mère, qu'infiltre une très légère quantité de sérosité, se détache du cerveau comme dans l'état normal; elle n'entraîne point avec elle de pulpe nerveuse. Chaque ventricule latéral contient à peine une cuillerée à café de sérosité limpide; la surface de ses parois est lisse, sans granulation. Les circonvolutions sont exemptes de toute lésion appréciable; il en est de même du reste de l'encéphale, à l'exception du corps strié gauche, qui a perdu en partie sa consistance normale. Le ramollissement dont il est le siége, a respecté son écorce grise extérieure. Il commence à un pouce environ au-dessous de la superficie de ce ganglion, est borné en avant par une ligne qui séparerait son tiers antérieur de ses deux deux postérieurs, et en arrière il s'étend jusqu'à la couche optique, qui en est légèrement atteinte. La couleur de la partie ramollie est partout d'un blanc grisâtre.

Quelques tubercules crus sont disséminés dans le sommet des deux poumons.

Les autres organes ne présentent rien de notable.

Cette maladie eût été appelée par l'école de Pinel une *fièvre ataxique*. Tous les symptômes, à l'exception d'un seul, l'hé-

miplégie, paraissent se rapporter spécialement à une méningite aiguë. Cependant nous ne trouvons sur le cadavre aucune trace de cette affection; il n'y a plus même ici cet épanchement séreux dans les ventricules, que nous avons rencontré dans les deux cas précédens. Est-ce du ramollissement du corps strié que dépendit ici toute la maladie? Mais dans ce cas quelle anomalie! Remarquez, en effet, que d'abord il n'y a aucune paralysie; les membres jouissent de toute l'intégrité de leurs mouvemens; l'intelligence est seule troublée, et ce n'est que beaucoup plus tard, après des alternatives d'agitation et de coma, que survient enfin une hémiplégie. Il faut donc admettre ici ou bien que le ramollissement d'une partie circonscrite du cerveau réagit sur le reste de l'organe de manière à troubler l'intelligence, sans exercer lui-même son influence accoutumée sur les mouvemens, ou bien que ce ramollissement ne fût que consécutif, et qu'il ne nous fût pas donné d'apprécier par l'anatomie la lésion préexistante qui produisit le délire. Il est bien à regretter que nous ignorions le début même de la maladie, que nous n'ayons pas pu savoir, entre autres choses, s'il avait existé de la céphalalgie.

La lenteur du pouls, qui ne s'accéléra que quelques heures avant la mort, n'est pas une des circonstances les moins remarquables de cette observation.

XXXIe OBSERVATION.

Trouble progressif de l'intelligence se terminant par un délire complet. Hémiplégie; Contracture des membres paralysés. Ramollissement d'un hémisphère.

Un Irlandais, âgé de 32 ans, fortement constitué, venait

de subir un traitement anti-syphilitique, lorsqu'on s'aperçut que ses facultés intellectuelles s'affaiblissaient, et que sa mémoire surtout diminuait. Peu à peu l'intelligence devint tellement obtuse, qu'il ne lui fut plus possible de s'exprimer qu'avec beaucoup de difficulté. On le saigna, sans qu'il en résultât dans son état aucune amélioration. Ce fut alors que ses amis me prièrent de l'admettre dans mes salles; je le vis pour la première fois le 12 mai; il me présenta l'état suivant :

Le malade, couché sur le dos, ne répondait qu'avec une extrême lenteur et une grande difficulté aux questions qu'on lui adressait. Il accusait une douleur vive à la tête, sans pouvoir en préciser le siége. Le mouvement n'était point troublé. Le pouls battait quatre-vingt-quatre fois par minute, et, dans le même espace de temps, il y avait seize respirations. La langue était blanche et humide, le ventre souple et indolent (*saignée de seize onces; limonade gommée*).

Le sang tiré de la veine se rassembla en un caillot assez petit, entouré de beaucoup de sérosité, sans couenne.

Toute la nuit, le malade délira; il fut agité au point qu'on lui mit la camisole.

Le 13, dans la matinée, l'agitation de la nuit était remplacée par un état de somnolence; de temps en temps il ouvrait les yeux, et regardait d'un air étonné, comme stupide, ceux qui l'environnaient. Ses réponses étaient lentes et pénibles; il disait que sa céphalalgie avait diminué. Les doigts des mains, à droite comme à gauche, étaient agités de petits mouvemens involontaires, et il n'y avait d'autre désordre appréciable dans la locomotion que ce spasme des doigts dont nous venons de parler. La respiration était bruyante, stertoreuse, comme chez les apoplectiques. Nous comptâmes vingt

mouvemens d'inspiration par minute; dans le même espace de temps, le pouls ne battait plus que soixante-huit fois, au lieu de quatre-vingt-quatre. L'état des voies digestives était le même (*douze grains de calomel; limonade*).

De nombreux vomissemens suivirent de près l'ingestion du calomel; il n'y eut pas de selle. Le malade délira toute la journée.

Le 14, dans la matinée, le délire continuait, mais calme; il prononçait à voix basse quelques paroles inarticulées. Il tenait constamment le bras droit hors du lit, et lui imprimait divers mouvemens qui semblaient avoir pour but de saisir quelque corps; la jambe droite se remuait également, et il cherchait aussi à la tirer hors du lit. Il n'en était pas de même des deux membres gauches: ils restaient immobiles le long du tronc; pinçait-on la peau de ces membres, c'étaient ceux du côté droit qui se remuaient, comme pour se soustraire à la douleur; l'expression de la face indiquait alors que la sensibilité persistait. Nous soulevâmes le bras gauche; il retomba, mais d'une manière assez lente, comme soutenu encore par un reste d'action musculaire; il n'opposait aucune résistance aux mouvemens de flexion et d'extension que nous cherchions tour à tour à lui imprimer; mais les muscles de ce membre étaient comme agités de petits mouvemens convulsifs qui ressemblaient sous la peau à des espèces d'ondulations. La fréquence du pouls avait augmenté (quatre-vingt-seize battemens par minute); il était petit, concentré. Vingt-quatre respirations avaient lieu pendant chaque minute (*deux vésicatoires aux cuisses*).

Le 15, l'état de l'intelligence et de la sensibilité était le même; mais les membres gauches avaient acquis une raideur qu'ils ne présentaient pas la veille. L'avant-bras de ce côté

était fléchi sur le bras, et il résistait aux efforts qu'on faisait pour l'étendre. Il nous sembla qu'une émission sanguine pourrait encore être supportée. Quarante sangsues furent appliquées à la base du crâne.

A la visite du 16, le malade ne donnait plus aucun signe d'intelligence; ses yeux, habituellement fermés, s'ouvraient de temps en temps, et se fixaient d'un air stupide vers quelques-uns des objets qui l'environnaient; il y portait le bras droit, qui avait conservé toute sa mobilité. Le membre thoracique gauche, sans mouvement, était encore plus contracturé que la veille; il en était de même du membre abdominal gauche. La sensibilité paraissait plus obtuse dans le côté gauche du corps que dans le droit. Le pouls, augmenté encore de fréquence, donnait cent vingt-huit battemens par minute, tandis que les mouvemens respiratoires étaient toujours restés au nombre de vingt-quatre dans le même espace de temps. Les battemens du cœur s'entendaient dans tous les points de la poitrine; le bruit respiratoire était partout fort et pur. Les veines sous-cutanées étaient très gonflées. La peau, encore chaude, était couverte de sueur. La langue était blanche, humide; la constipation persistait.

Dans la journée, l'on remarqua de continuelles alternatives de grande agitation et de coma profond; le malade succomba à minuit.

OUVERTURE DU CADAVRE

9 heures après la mort.

Crâne. Les méninges sont légèrement injectées; aucun liquide n'infiltre la pie-mère; l'arachnoïde a son humidité ordinaire. Un vaste ramollissement occupe l'hémisphère

droit. Il commence aux circonvolutions des lobes postérieur et moyen, et s'étend en profondeur jusque près de la base du cerveau. La couche optique et le corps strié sont tous deux réduits en bouillie. Dans toute son étendue, ce ramollissement offre une couleur d'un blanc mat en quelques points, jaunâtre en d'autres; on n'y trouve rien qui ressemble soit à du sang épanché, soit à du pus infiltré. Très peu de vaisseaux le parcourent; ceux qu'on y observe ne sont que les vaisseaux de l'état normal dont le réseau s'est conservé intact au milieu du détritus de la pulpe nerveuse. Le ventricule gauche contient une cuillerée à café de sérosité rougeâtre. Rien de notable dans le reste de l'encéphale.

Thorax. Un verre de sérosité brunâtre dans la plèvre gauche; engouement considérable des poumons; quelques noyaux d'apoplexie pulmonaire dans le lobe inférieur du poumon droit; suffusion sanguine sous la plèvre du même côté. Le cœur est hypertrophié; les parois du ventricule gauche ont treize lignes d'épaisseur; celles du ventricule droit quatre lignes, et la cloison neuf lignes. Les différens orifices du cœur sont dans l'état normal. Des caillots fibrineux remplissent ses cavités.

Plus encore que dans aucun des cas précédens, le trouble de l'intelligence fut long-temps le symptôme prédominant; il se montra même d'abord sans complication d'aucun autre désordre fonctionnel. Ce trouble de l'intelligence ne s'établit que d'une manière sourde; elle s'affaiblit peu à peu. A l'époque où nous vîmes le malade, il n'avait pas encore de délire proprement dit; mais bientôt celui-ci se montra pour ne plus cesser, coïncidant avec des alternatives d'agitation

violente et de coma profond. Ce ne fut que consécutivement à tous ces désordres de la fonction intellectuelle, que le mouvement lui-même commença à se troubler : le premier phénomène qui nous en avertit, ce furent de petits mouvemens convulsifs étendus aux deux côtés du corps. Mais bientôt des symptômes caractéristiques apparurent; ces symptômes furent tour à tour une paralysie des membres gauches, une agitation convulsive des muscles de ces membres, leur raideur, et enfin leur contracture : celle-ci persista jusqu'à la mort. Ainsi le signe le plus caractéristique du ramollissement ne parut ici qu'à la fin de la maladie. Ce ramollissement était un des plus considérables de ceux que nous ayons eu occasion d'observer. Avait-il commencé par les circonvolutions? était-ce en raison de cette circonstance que le trouble de l'intelligence avait aussi marqué le début de la maladie?

Dans ce cas, comme dans le précédent, les méninges n'étaient point malades. Ces deux cas se rapprochent aussi en ce que, dans l'un comme dans l'autre, les parties ramollies n'étaient le siége d'aucune injection sanguine, ce qui est l'inverse des obs. XXVIII et XXIX.

Que si maintenant nous portons notre attention sur la manière dont s'accomplirent, pendant le cours de cette maladie, les différentes fonctions de la vie de nutrition, nous aurons à faire les remarques suivantes : la langue fut constamment normale, ce qui, dès le principe, devait nous conduire à rapporter le délire à une affection même de l'encéphale, et non des voies digestives; le calomel, administré une fois à la dose de douze grains, fit vomir le malade et ne vainquit pas la constipation. Le pouls, médiocrement accéléré à l'époque de l'entrée du malade, se ralentit un jour; puis il ne cessa de prendre, jusqu'à la mort, une fréquence de plus en

plus grande; le jour même de la mort, il y avait dans les battemens du cœur une remarquable énergie. Quant à la respiration, elle fut moins gênée jusqu'à la fin que chez d'autres individus, de telle sorte qu'aucun symptôme ne révéla pendant la vie l'existence des lésions graves dont l'un des poumons était le siége.

Que dirons-nous maintenant du ramollissement si remarquable dont la membrane muqueuse de l'estomac était le siége, ramollissement qui s'étendait aux tuniques subjacentes? Avait-il existé pendant la vie? n'était-ce pas plutôt un phénomène accompli après la mort? Voici à cet égard un fait assez singulier : ce sujet et trois autres furent ouverts à peu de jours de distance, pendant que la température était extrêmement élevée. Chez ces quatre individus, morts de maladies très différentes, nous trouvâmes également le grand cul-de-sac de l'estomac ramolli au point qu'une légère traction, exercée sur ses parois, en opérait la déchirure. Quelques jours après, la température baissa, et nous ne trouvâmes plus rien de semblable dans les autres cadavres que nous ouvrîmes.

Jusqu'à présent, le trouble de l'intelligence s'est montré à nous avec le caractère qu'il offre dans toute maladie aiguë, soit du cerveau, soit d'un autre organe; dans le dernier cas seulement dont il vient d'être question, les facultés intellectuelles se sont altérées d'une manière lente; mais encore est-il arrivé une époque où sont survenus les caractères du délire qui appartient à la méningite aiguë. Nous avons maintenant à citer d'autres cas dans lesquels il n'y a jamais eu de délire à proprement parler, mais un état obtus de l'intelligence, et même une sorte d'idiotisme, ce qui donnait à ces cas une certaine ressemblance avec d'autres où la lésion

anatomique est une hydrocéphale chronique, ou une forme quelconque de méningite chroniquement développée. Mais dans tous ces cas il y avait en même temps une altération permanente du mouvement, qui devait porter à penser que la pulpe nerveuse était elle-même atteinte.

XXXIIe OBSERVATION.

Affaiblissement graduel de l'intelligence et du mouvement. État d'enfance. Ramollissement de la partie centrale d'un des hémisphères.

Une femme, âgée de 71 ans, était atteinte depuis trois ans d'une paralysie des membres gauches ; elle ressentait dans les membres paralysés, et surtout dans le supérieur, de vives douleurs. Cette femme avait peu à peu perdu le mouvement du côté gauche ; elle avait eu de violens maux de tête ; jamais, à ce qu'on nous assura, elle n'avait offert de symptômes semblables à ceux qui caractérisent ce qu'on est convenu d'appeler une attaque d'apoplexie : son intelligence, long-temps libre, s'était insensiblement affaiblie. Lorsqu'elle fut soumise à notre observation, elle était plongée dans un véritable état d'enfance : l'hémiplégie gauche était aussi complète que possible ; il n'y avait point de fièvre. Au bout de six semaines de séjour à l'hôpital, la langue se sécha ; les forces se perdirent rapidement ; les traits s'affaissèrent, et la malade succomba dans un état adynamique ; le pouls n'acquit de la fréquence qu'à dater du moment où la langue commença à perdre son humidité. Pendant les derniers quinze jours de la vie, les membres paralysés s'œdématièrent d'une manière notable.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. État sain des méninges, qui ne sont ni colorées, ni friables, ni infiltrées : circonvolutions exemptes de toute lésion appréciable. Au niveau et en dehors de la couche optique droite et du corps strié du même côté, l'on découvre un vaste ramollissement, qui s'étend presque jusqu'à la base du cerveau. En avant, il est limité par une ligne dont l'extrémité interne aboutirait à l'union des quatre cinquièmes antérieurs avec le cinquième postérieur du corps strié. En arrière, il s'étend jusque près de l'extrémité postérieure de l'hémisphère : aucune injection n'existe dans toute l'étendue de ce ramollissement. Les ventricules latéraux ne contiennent que peu de sérosité.

Rien de remarquable dans les organes du thorax et de l'abdomen. Les veines des membres œdématiés sont libres.

Chez ce sujet, l'intelligence s'affaiblit progressivement, ainsi que le mouvement; la maladie parut avoir eu dès son principe une marche essentiellement chronique. Nous ne trouvons pas dans le siége spécial du ramollissement l'explication de la diminution graduelle des facultés intellectuelles. Combien ce cas ne diffère-t-il pas des précédens, bien que pour nos yeux la lésion ne présente pas de différence.

XXXIIIe OBSERVATION.

Affaiblissement graduel de l'intelligence et du mouvement. Plusieurs ramollissemens dans les deux hémisphères.

Un homme, âgé de 60 ans, est atteint depuis un an environ d'une paralysie du côté gauche, qui s'est établie par degrés, et que n'a précédé aucune perte de connaissance. A peu près à la même époque où l'hémiplégie a commencé, les facultés intellectuelles se sont affaiblies; et peu à peu il est tombé dans un état complet d'enfance : ce fut dans cet état qu'il entra à la Pitié. Assez peu de temps après son admission, sa respiration, calme jusqu'alors, s'accéléra; un mouvement fébrile prit naissance; la langue se sécha. L'auscultation de la poitrine fit reconnaître dans le lobe inférieur du poumon droit le signe d'une inflammation intense de cet organe; une saignée et des révulsifs cutanés n'en arrêtèrent point les progrès, et la mort ne tarda pas à en être le résultat. Depuis son entrée à l'hôpital, ce malade ne mangeait que fort peu : ceux qui le soignaient nous disaient qu'il répugnait à prendre de la nourriture.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. L'hémisphère droit du cerveau est le siége de deux ramollissemens : l'un existe dans une des circonvolutions de son lobe postérieur (à la base); l'autre se trouve immédiatement derrière la cavité ancyroïde; il a un pouce et demi de diamètre; ces deux ramollissemens ont une teinte rougeâtre.

Dans l'hémisphère gauche existe un troisième ramollisse-

ment, qui a pour siége une des circonvolutions du lobe moyen (face supérieure) : ce ramollissement a une teinte rouge, comme les deux autres.

Une grande quantité de sérosité limpide distend les ventricules; ils sont remarquablement dilatés. Le corps calleux, le septum lucidum, et la voûte à trois piliers ont leur aspect normal. La pie-mère étendue sur la convexité des hémisphères est infiltrée de beaucoup de sérosité également limpide. Ce liquide soulève l'arachnoïde qui se trouve séparée par lui, de plusieurs lignes, de la pulpe cérébrale : il y a aussi de la sérosité dans l'intérieur même de la grande cavité de l'arachnoïde.

Thorax. Hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon droit; état normal du cœur; nombreuses ossifications dans l'aorte; adhérences celluleuses entre les deux feuillets du péricarde.

Abdomen. Teinte grise ardoisée générale de la membrane muqueuse de l'estomac, qui a partout son épaisseur et sa consistance ordinaires; état sain de l'intestin. Rate dense, et d'un volume moitié moindre que de coutume.

Cette observation ressemble beaucoup à la précédente sous le rapport des symptômes; ici encore l'intelligence et le mouvement s'affaiblissent par degrés, et dès le principe la maladie a présenté la forme et la marche des affections chroniques. Remarquez cependant que les points du cerveau qui avaient perdu leur consistance étaient en même temps vivement injectés; or dans d'autres observations nous avons vu cette coexistence de l'hypérémie et du ramollissement se lier à une forme aiguë de la maladie. Mais une des circonstances

les plus notables du cas qui nous occupe, c'est sans doute le grand nombre de points ramollis que nous trouvâmes dans les hémisphères cérébraux ; c'est aussi l'existence d'un ramollissement, petit à la vérité, et borné à une circonvolution dans l'hémisphère gauche, bien que pendant la vie aucune lésion du mouvement n'eût existé dans les membres droits. La sérosité qui remplissait les ventricules et qui soulevait l'arachnoïde, était ici trop abondante pour pouvoir être considérée comme un simple phénomène cadavérique ; les ventricules restaient dilatés après son évacuation ; et sans doute la présence de cette sérosité dut jouer un rôle dans l'affaiblissement graduel de l'intelligence.

Section deuxième.

Résumé.

En nous montrant le ramollissement du cerveau sous toutes ses formes, soit anatomiques, soit symptômatiques, les observations précédentes nous ont montré aussi combien est loin d'être facile, dans beaucoup de cas, le diagnostic de cette affection. L'étude de ces faits particuliers nous paraît être d'une extrême importance, en raison même de l'aspect différent sous lequel chacun d'eux nous présente la maladie. Comment une description générale pourrait-elle faire suffisamment ressortir toutes ces individualités? Chaque fait a véritablement une physionomie à lui, et il faut s'en pénétrer. Dans chacun d'eux, ce ne sont pas seulement les symptômes qui ne sont pas les mêmes, mais ce sont encore des symptômes semblables qui s'enchaînent ou se succèdent de la manière la plus diverse; de là résultent, pour une même lésion anatomique, plusieurs formes morbides qui, dans des cadres nosologiques, pourraient être placées à une grande distance les unes des autres; dans certains cas c'est ce qu'on appelle une attaque d'apoplexie, avec ou sans perte de connaissance; dans d'autres, c'est une fièvre dite ataxique; ailleurs, c'est une diminution graduelle, soit seulement du mouvement, soit à la fois de l'intelligence et du mouvement. Voyez aussi combien sont diverses les modifications que ce

dernier peut subir ; paralysie complète ou incomplète, mouvemens convulsifs partiels ou généraux, contracture, rigidité tétanique bornée à quelques muscles, ou s'étendant à tout le corps, etc. Comment pourriez-vous vous pénétrer de toutes ces nuances, si ce n'est par l'étude des faits particuliers qui les représentent? Et ajoutez encore que quelques-uns de ceux-ci vous montreront des cas où non seulement le ramollissement n'a plus les symptômes qui l'accompagnent ordinairement, mais dans lesquels il n'y a plus même aucun symptôme qui annonce une lésion quelconque des centres nerveux ; de telle sorte que quelquefois le ramollissement du cerveau reste une lésion complètement latente. Cependant nous ne devons pas nous en tenir à la simple méditation de ces faits particuliers ; nous devons chercher à saisir, autant que possible, les traits par lesquels ils diffèrent, ceux par lesquels ils se rapprochent, et nous élever ainsi à tirer de nos études de détail quelques conséquences générales. Mais quelque larges que soient ces généralisations, ne nous flattons pas qu'elles puissent jamais ni résumer ni comprendre la variété infinie des faits ; de là la nécessité de revenir sans cesse à ceux-ci, et d'interroger sans cesse l'observation, qui peut seule ou agrandir ou rectifier nos points de vue. Dans les sciences, a dit un homme de génie, notre imagination se lasserait de concevoir, mais non la nature de fournir.

Nous avons pu voir, par les observations précédentes, que le ramollissement du cerveau est loin de se présenter toujours sur le cadavre avec les mêmes caractères anatomiques. Ces caractères sont parfois si différens qu'ils semblent indiquer une différence dans la nature même de la lésion. Il est d'abord des cas où la seule modification que l'on puisse découvrir dans la pulpe nerveuse, c'est sa diminution de consi-

stance; il semble que tout à coup ou lentement elle soit revenue, dans une certaine partie de son étendue, à l'état presque liquide, qui, pendant la vie embryonnaire, constituait son état normal. Elle a, du reste, sa couleur ordinaire, et l'on peut encore parfaitement bien y distinguer par leurs teintes diverses la substance grise et la substance blanche. Parfois seulement, on voit cette partie ramollie parcourue par un certain nombre de vaisseaux; mais leur présence n'est point un état pathologique; c'est tout simplement la trame vasculaire de l'état normal qui est restée intacte au milieu de la pulpe ramollie dans laquelle elle plonge. Mais il s'en faut que cette trame vasculaire elle-même puisse toujours être distinguée : il y a des cas où, loin d'être plus colorée que de coutume, la partie qui a perdu sa consistance est, au contraire, remarquable par sa grande pâleur; elle ne contient plus une goutte de sang; ses vaisseaux ont disparu. Cette décoloration peut être surtout appréciée dans la substance grise, qui, dans plus d'un cas de ramollissement, ne peut plus être distinguée par sa couleur de la substance blanche qui lui est contiguë.

Cette décoloration, signalée par M. Lallemand, avait été regardée par lui comme le produit d'une infiltration de la substance cérébrale par une matière purulente. Dans beaucoup de cas rien ne prouve qu'il en soit ainsi. Lorsque les parties ramollies contiennent du pus, elles ont un autre aspect, et il est facile de le reconnaître, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Voilà donc déjà deux cas qui, sous le rapport anatomique, doivent être distingués l'un de l'autre. Dans le premier de ces cas, le ramollissement est le seul élément morbide; dans le second, un autre s'y ajoute : c'est *un état d'anémie*; c'est

par conséquent un élément inverse de ceux qui constituent l'inflammation.

Vient ensuite un autre cas, fréquent sans doute, mais beaucoup moins qu'on ne l'a dit : c'est celui où un état d'hypérémie complique le ramollissement. La portion de pulpe nerveuse qui a perdu sa consistance présente alors divers degrés d'injection, d'où résulte pour elle une couleur rouge plus ou moins intense. Tantôt cette teinte rouge est générale; tantôt elle est disséminée par points plus ou moins rapprochés dans toute l'étendue du ramollissement. Au lieu de cette simple injection, il peut arriver que l'on trouve au sein du ramollissement de véritables épanchemens de sang variables en grandeur et en nombre.

Au lieu d'être pénétrée d'une quantité surabondante de sang, la partie ramollie peut être devenue le siége d'une sécrétion morbide, qui est tantôt simplement séreuse, et tantôt purulente. Dans le premier cas, on trouve la pulpe nerveuse comme imbibée d'une sérosité plus ou moins trouble qui tient en suspension des flocons blanchâtres ou grisâtres, seuls fragmens de la substance cérébrale qui aient encore conservé quelque consistance. Dans le second cas, un pus de qualités diverses infiltre les parties ramollies, ou bien il s'y réunit en foyers, il y constitue des abcès plus ou moins considérables.

Ces différens aspects que peut présenter le ramollissement du cerveau se rapportent-ils à des lésions de nature diverse? Ne sont-ils que des degrés plus ou moins avancés d'une même maladie? Il est facile de prouver que, dans un assez grand nombre de cas, le cerveau s'injecte d'abord, puis se ramollit, puis sécrète du pus. C'est ce qui a été admirablement établi par M. Lallemand. Le ramollissement est alors un des caractères anatomiques de l'inflammation du cerveau, comme

il peut l'être de l'inflammation de tous les autres organes. Mais si, dans d'autres cas, on ne trouve au sein du ramollissement aucune trace ni d'injection sanguine, ni d'infiltration purulente, si l'on n'y trouve, en un mot, d'autre altération que le ramollissement lui-même, ne sera-ce pas abuser de l'analogie que de conclure que, dans ces cas aussi, la cause qui a privé le cerveau de sa consistance est une inflammation? A plus forte raison ne sera-t-on pas porté à l'admettre dans ces autres cas où la partie ramollie est en même temps anémiée? Notez, en outre, que, parmi ces cas de ramollissemens blancs, il en est qui se sont formés très rapidement, à l'instar des maladies aiguës, et qu'en pareil cas on ne saurait supposer que le ramollissement a commencé par une congestion sanguine, qui se serait dissipée à mesure que l'affection aurait pris une marche chronique. Sans doute, ceux qui rapportent la cause prochaine de toute maladie à un excès ou à un défaut de la stimulation normale, doivent faire nécessairement rentrer le ramollissement cérébral dans l'un ou l'autre de ces états, et ne trouvant pas dans cette altération les caractères d'une maladie asténique, ils doivent la regarder comme une inflammation. En pensant ainsi, ils ne sont que conséquens à leurs théories; mais pour nous, qui pensons que, dans une foule d'états morbides, il n'y a pas plus hypersthénie qu'asthénie, mais simple perversion des actions vitales, nous ne sommes pas plus obligés de regarder le ramollissement cérébral ou tout autre ramollissement comme une inflammation, que les tubercules comme une pneumonie. C'est une altération spéciale de la nutrition qui peut survenir sous l'influence de conditions morbides bien différentes les unes des autres. Chercher à bien déterminer ces conditions diverses, voilà le travail à faire, travail difficile sans doute, mais d'une

bien autre importance que celui dans lequel on s'est épuisé dans ces derniers temps, lorsqu'on a voulu ramener tout ramollissement cérébral à n'être qu'une des formes ou qu'un des degrés de l'inflammation des centres nerveux. Nous sommes intimement convaincus qu'en procédant ainsi on s'est engagé dans une route diamétralement opposée à celle qui doit conduire au vrai. Nous aussi nous pourrions grouper des faits pour démontrer que le ramollissement est susceptible d'être produit par des causes toutes différentes de l'inflammation. Ainsi nous trouverions un groupe de faits, d'où il résulterait que l'oblitération commençante des artères qui se rendent au cerveau est une des conditions qui concourent à la production d'un certain nombre de ramollissemens. Nous citerions d'autres faits, qui nous montreraient une coïncidence remarquable entre l'*appauvrissement* du sang ou une altération quelconque de ce liquide, et le ramollissement d'un grand nombre de nos tissus. Sont-ce là véritablement autant de causes de ramollissemens? l'avenir le décidera, l'avenir découvrira sans doute beaucoup d'autres causes que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne sommes pas même en état de soupçonner. Tout ce que nous affirmons, c'est qu'il faut chercher ailleurs que dans une inflammation la cause de tous les ramollissemens. Il ne nous semble même pas que le fait de la présence d'une quantité insolite de sang au milieu d'un tissu ramolli, soit une démonstration suffisante que la cause de son ramollissement est l'irritation; ne peut-il pas se faire que ce sang surabondant n'ait afflué dans les parties ramollies que d'une manière toute consécutive? Voyez ces cas où, après qu'un membre est resté pendant de longs jours simplement paralysé, il vient tout à coup à se raidir, à se convulsionner, à se contracturer : à l'ouverture du corps, on trouve souvent

en pareils cas une partie du cerveau ramollie, et en même temps rongie par du sang; le raisonnement peut alors conduire à admettre que l'injection sanguine n'est arrivée que comme une simple complication du ramollissement, et que c'est elle qui a fait succéder les phénomènes d'excitation à la simple perte du mouvement. Pour se rendre compte de la cause qui a simultanément ramolli et rougi un tissu, ne verra-t-on jamais rien au-delà du simple fait d'une irritation qui a agi sur ce tissu? Mais est-ce donc dans les gencives d'un scorbutique que réside la cause qui les a en même temps hypérémiécs et privées de leur consistance?

Voilà sans doute bien des questions soulevées, qui attendent que des faits rigoureusement observés viennent les juger et les résoudre. Mais il suffit, ce nous semble, que l'on comprenne que de semblables questions peuvent être posées, et que dans l'avenir de la science leur solution est possible, pour qu'on se méfie singulièrement de l'opinion qui rapporte tout ramollissement à une inflammation. Parce que le cerveau se ramollit à la suite d'un coup porté sur le crâne, est-ce à dire que toutes les fois qu'il aura perdu sa consistance, il aura dû être préliminairement irrité?

Si la science ainsi comprise se refuse à admettre l'inflammation comme cause unique du ramollissement du cerveau, si elle entrevoit à ce ramollissement bien d'autres causes pour la démonstration desquelles elle attend de nouvelles recherches, il est bien clair que l'expression d'encéphalite ne saurait être employée comme synonyme du mot ramollissement. Nous ne pensons pas non plus qu'il soit convenable, ainsi que l'a fait le savant professeur Cruveilhier, d'appeler cette altération une apoplexie capillaire. Dans un certain nombre de cas, à la vérité, le ramollissement s'accompagne,

ou mieux se complique d'infiltration sanguine, ou d'épanchemens de sang plus ou moins multipliés; mais, dans la présence de ce sang ne consiste certainement pas l'essence de la maladie, et il y a au moins autant de cas dans lesquels on n'en trouve pas la moindre trace. Le ramollissement peut donc être ou une apoplexie capillaire, ou une encéphalite; mais il n'est nécessairement ni l'une ni l'autre.

Hors de la partie ramollie, le cerveau et ses membranes ne se présentent pas toujours avec les mêmes conditions. La substance du cerveau a ordinairement sa consistance ordinaire; il y a des cas où elle est notablement injectée; d'autres fois elle ne l'est pas; d'autres fois, enfin, elle est plus pâle que de coutume. Elle peut être aussi tuméfiée et augmentée de volume; alors l'hémisphère où existe le ramollissement présente un aspect singulier; ses circonvolutions sont comme tassées les unes auprès des autres, et il y a des cas où, dépassant la ligne médiane, il refoule et comprime l'hémisphère du côté opposé.

Il y a d'autres cas où des individus atteints d'un ramollissement du cerveau qui avait déjà une certaine durée ont succombé à une hémorrhagie qui s'est faite dans un autre point de l'encéphale, nous en avons cité un exemple. Quant aux membranes d'enveloppe, elles ont bien souvent leur aspect physiologique; dans plusieurs des cas que nous avons cités, la pie-mère était parcourue par de nombreux vaisseaux; dans d'autres, une sérosité limpide ou légèrement trouble l'infiltrait. Les ventricules nous ont offert plus d'une fois une dilatation considérable, résultat de la grande quantité de sérosité limpide qui les remplissait.

Ces différentes altérations de la pulpe nerveuse ou de ses enveloppes ont certainement leur part dans la production des

symptômes qui accompagnent le ramollissement du cerveau; elles peuvent le précéder, se développer en même temps que lui, ou seulement plus ou moins de temps après lui. L'injection de la pie-mère, son infiltration par un liquide trouble ou transparent, peuvent être générales; mais nous avons vu des cas où ces altérations étaient partielles : elles étaient bornées aux parties des méninges étendues sur les points du cerveau qui avaient perdu leur consistance.

Il y a des cas où la lésion la plus apparente est celle des méninges : il en est ainsi lorsque le ramollissement n'a porté que sur la couche superficielle des circonvolutions; il faut alors enlever avec précaution la pie-mère pour reconnaître ce ramollissement, en pareil cas on détache avec la membrane des fragmens de substance cérébrale.

Dans certains cas de méningite chronique, le ramollissement n'existe pas immédiatement au-dessous de la pie-mère; il occupe le plan profond des circonvolutions, tandis que leur plan superficiel est resté à l'état normal ou s'est induré.

Dans quel état trouve-t-on les différens organes chez les individus qui succombent avec un ramollissement des hémisphères cérébraux? cette question est importante, soit qu'on veuille établir quelles sont les altérations que ce ramollissement peut amener dans d'autres parties, soit qu'on veuille rechercher quelles sont les conditions de l'économie qui précèdent le plus souvent le ramollissement du cerveau.

Un seul organe nous paraît recevoir une influence directe de la lésion cérébrale; cet organe est le poumon. Nous avons été frappés, dans nos autopsies, de l'engouement séreux très considérable dont il était fréquemment le siége; aussi est-ce par le poumon que meurent un certain nombre d'individus atteints de ramollissement cérébral. C'est à l'état d'asphyxie

au milieu duquel ils succombent qu'il faut rapporter la rougeur assez vive que présente chez eux la membrane muqueuse gastro-intestinale. Si on relit, sous ce rapport, les observations que nous avons citées, on trouvera effectivement que les cas où le poumon a été trouvé après la mort le plus engoué de sérosité sont, aussi ceux où nous avons rencontré l'hypérémie la plus intense dans la muqueuse des voies digestives ; mais cette hypérémie était toute mécanique.

Quant aux lésions d'organes qui existaient avant le ramolsement, nous en avons trouvé un certain nombre ; nous allons en présenter le tableau.

Dans vingt-un cas, le cœur ne nous a présenté aucune lésion appréciable. Dans neuf cas, il était anévrysmatique; dans un cas, les valvules aortiques étaient ossifiées; dans deux autres cas, le cœur n'offrait lui-même aucune altération, mais les deux feuillets du péricarde adhéraient intimement entre eux par d'anciennes adhérences celluleuses. Chez l'un des sujets dont le cœur était hypertrophié ou dilaté, il y avait en même temps un anévrysme de l'aorte.

Le sang ne nous a présenté, dans aucun cas, de qualités particulières.

Les poumons étaient sains ou simplement œdématiés dans dix-huit cas; ils étaient mélanosés à leur sommet dans un cas; ils contenaient des tubercules dans sept cas, et des concrétions crétacées dans deux cas ; deux fois ils offrirent des traces d'inflammation récente (hépatisation rouge ou grise), et deux autres fois nous constatâmes l'existence d'une apoplexie pulmonaire ; chez les deux sujets où cette apoplexie fut rencontrée, le cœur était hypertrophié, et les poumons engoués; chez l'un d'eux on remarquait dans le tissu cellulaire sous-pleural une suffusion sanguine très prononcée.

Les voies digestives ont été trouvées exemptes de toute lésion appréciable dans quatorze cas; cinq fois elles étaient injectées en divers points de leur étendue; chez huit individus la membrane muqueuse de l'estomac avait cette teinte brune ou ardoisée qui est un des caractères anatomiques de la gastrite chronique (observations I, III, IV, VI, VIII, XVII, XXIII, XXXIII); dans deux cas, l'estomac était le siége d'une affection cancéreuse (observations II, XX,); chez le sujet de l'observation II, le cancer existait aussi dans le foie et les reins; l'estomac présentait un ramollissement plus ou moins considérable, soit de sa seule membrane muqueuse, soit de toutes ses tuniques dans trois cas (observations XV, XVIII, XXXI); enfin nous avons trouvé des ulcérations dans les intestins chez trois sujets dont les poumons contenaient des tubercules (observations IV, VI, VIII).

Le foie ne nous a offert d'altération notable que dans quatre cas; il était cancéreux chez deux sujets (observations II, III); il était en cyrrhose chez un troisième qui avait en même temps une ascite (observation IX), et chez un quatrième il avait subi la dégénération graisseuse (obs. X).

Dans un cas, enfin, nous trouvâmes de nombreux tubercules dans les poumons, le foie, la rate, les reins, les intestins, et en même temps il y en avait dans la pie-mère, dans la plèvre, dans le péritoine (observation XXV).

Chez le sujet de l'observation XXVIII, il y avait à la fois des tubercules dans les poumons et dans la rate, sans qu'il y en eût dans les intestins.

Il suit du relevé que nous venons de présenter, que, parmi les trente-trois individus dont nous avons publié l'histoire, il n'y en a qu'un petit nombre dont tous les organes fussent

sains, au moment où leur cerveau fut atteint de ramollissement.

Les hémisphères cérébraux ne se ramollissent point avec une égale fréquence dans les divers points de leur étendue ; en analysant, sous le rapport du siége même du ramollissement, d'une part, nos trente-trois cas, et d'autre part, cent dix-sept observations recueillies par divers auteurs, et dans lesquelles le siége de la lésion est indiqué d'une manière précise, nous avons trouvé ce qui suit :

Ramollissement	de la totalité des hémisphères...	4 cas.
—	d'un seul hémisphère dans presque toute son étendue.......	13
—	des seules circonvolutions......	14
—	des circonvolutions et d'autres parties plus profondes.......	9
—	des lobes antérieurs...........	27
—	des lobes moyens..............	37
—	des lobes postérieurs..........	16
—	des corps striés................	28
—	des couches optiques..........	15
—	des parois des ventricules......	2
—	des pédoncules cérébraux......	1
—	disséminé en divers points	5

On a dit que, dans ces diverses parties, la substance grise se ramollissait plus souvent que la blanche ; nous ne pensons pas que cette opinion soit encore suffisamment prouvée. Dans les ramollissement qui occupent la masse nerveuse située au-dessus des ventricules, il y a certainement beaucoup plus de substance blanche intéressée que de grise, et le tableau précédent nous montre que ces ramollissemens sont

très fréquens. Dans les cas de ramollissemens des corps striés, ce n'est point leur écorce grise extérieure qu'on trouve le plus souvent atteinte; loin de là, elle est le plus ordinairement intacte, et le ramollissement existe dans son intérieur, et là on trouve également privées de consistance les substances grise et blanche; les circonvolutions où existe beaucoup de substance grise, sont loin d'être les parties qui se ramollissent le plus fréquemment. Dans bien des cas, le ramollissement commence immédiatement au-dessous d'elles, laissant ainsi intacte la substance grise et s'attaquant exclusivement à la blanche. En raison de la plus grande quantité de vaisseaux que contient la substance grise, la fréquence de son ramollissement deviendrait un argument de plus à citer en faveur de l'opinion de ceux qui admettent que tout ramollissement est précédé d'une congestion inflammatoire; on peut juger maintenant de tout le poids de cet argument.

Les deux hémisphères cérébraux se ramollissent avec une fréquence à peu près égale; on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur le tableau suivant qui résulte de l'analyse de nos trente-trois cas, et de cent trente-six autres cas empruntés à différens auteurs; dans tous ces cas le ramollissement s'est produit spontanément, et nous n'avons pas tenu compte de ceux dans lesquels le cerveau a perdu sa consistance à la suite d'une violence extérieure, ou d'une maladie des os.

Dans ces cent soixante-neuf cas le ramollissement a eu lieu.

Dans l'hémisphère droit.......................... 73 fois.
Dans l'hémisphère gauche.......................... 63
Dans les deux hémisphères à la fois............ 33

Le plus souvent on ne trouve dans un hémisphère qu'un

seul point ramolli ; quelquefois cependant on en recontre plusieurs séparés par des intervalles dans lesquels la pulpe cérébrale a sa consistance normale. Nous avons cité quelques cas de ce genre.

Quant à l'étendue qu'est susceptible d'occuper le ramollissement, elle est infiniment variable ; il peut avoir atteint la totalité des deux hémisphères, en occuper un seul tout entier, être borné à un lobe, à une fraction de ce lobe ; et enfin, à l'autre extrémité de l'échelle, on trouve des cas dans lesquels une noisette serait à peine reçue dans l'espace occupé par le ramollissement ; et cependant des symptômes graves ont été produits par une lésion aussi circonscrite. Du reste, on peut concevoir la production de ces symptômes de plusieurs manières : on peut l'attribuer au seul fait de la désorganisation même des parties ramollies, ou bien à l'irritation qu'en ressent le reste de l'encéphale, irritation qui tantôt se traduit sur le cadavre par des lésions diverses, et tantôt ne laisse après la mort aucune trace de son existence. L'hémisphère opposé à celui où existe le ramollissement, peut s'affecter aussi d'une manière toute sympathique, et c'est ainsi que l'on peut concevoir des désordres généraux de mouvement et de sentiment à propos d'un ramollissement qui n'occupe qu'un point très circonscrit de l'un des hémisphères.

Il n'est pas de période de la vie, dans laquelle on n'ait observé des cas de ramollissement du cerveau : on en a constaté l'existence chez des enfans qui venaient au monde, et chez des vieillards de 89 ans.

Nous ne pouvons nous servir des observations qui ont été publiées sur le ramollissement du cerveau, pour en déduire la moyenne de l'âge des individus qui y sont le plus exposés. Pour cela, en effet, il aurait fallu que le même travail qui a

été fait par M. Rostan à la Salpêtrière, eût été entrepris par exemple à l'hôpital des Enfans. La méthode numérique nous induirait donc ici en erreur, parce qu'elle serait mal employée.

En négligeant donc le trop petit nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour sur le ramollissement du cerveau chez les enfans, et en ne comprenant dans notre analyse que des observations relatives à des sujets de 15 ans et au-dessus, nous avons trouvé que, sur 153 cas de ramollissemens, les âges étaient répartis ainsi qu'il suit :

15 à 20 ans	10 cas.
20 à 25	9
25 à 30	9
30 à 35	6
35 à 40	5
40 à 45	9
45 à 50	10
50 à 55	9
55 à 60	18
60 à 65	8
65 à 70	26
70 à 75	19
75 à 80	11
81	2
87	1
89	1

Ainsi depuis l'âge de 15 ans jusqu'à celui de 40, nous ne trouvons, dans ce tableau, que trente-neuf individus qui ont eu un ramollissement des hémisphères cérébraux; de 40 à 65 ans, nous en trouvons cinquante-quatre; et de 65 à 87 ans, il y en a soixante. L'âge qui nous donne le chiffre le plus

élevé est la période de la vie comprise entre 65 et 75 ans (1).

Quant à la période de la vie comprise entre la naissance et l'âge de 15 ans, les observations ne manquent pas non plus pour démontrer que pendant sa durée les hémisphères cérébraux peuvent aussi se ramollir. Billard, dans son *Traité des maladies des enfans nouveau-nés*, a cité des cas relatifs à des fœtus qui, en venant au monde, ou très peu de jours après leur naissance, ont offert un ramollissement du cerveau, soit partiel, soit général. D'autres cas de ramollissemens de cet organe ont été publiés, relatifs à des sujets âgés d'un an, de 4 ans, de 3 ans, de 5 ans, de 9 ans, de 12 ans, de 13 ans, de 14 ans. Un des cas les plus remarquables de ce genre est celui dont on doit la connaissance au docteur Deslandes. Dans ce cas, observé sur un enfant de 3 ans, toute la substance du cerveau, du cervelet et du mésocéphale était réduite à un tel état de mollesse, qu'on ne pouvait la toucher sans la détruire; cette substance ne présentait aucune trace d'injection; il n'y avait pas une goutte de sérosité dans les ventricules; la pie-mère était rouge.

On a dit que, sous le rapport anatomique, le ramollissement du cerveau chez les vieillards différait du ramollissement du cerveau observé à d'autres époques de la vie. Il résulte des recherches que nous avons faites à cet égard qu'effectivement le ramollissement, non compliqué d'hypérémie, est plus fréquent dans la vieillesse; mais on le retrouve aussi à tous les autres âges, et il est loin d'être rare

(1) Les élémens avec lesquels nous avons composé ce tableau sont: 1° nos 33 cas; 2° 40 observations appartenant à M. Rostan; 3° 36 extraites de l'ouvrage de M. Lallemand; 4° 10 publiées par M. Bouillaud; 5° 45 que nous avons trouvées dans les divers recueils périodiques.

dans l'enfance. A l'époque où nous recueillions des observations à l'hôpital des Enfans, nous nous rappelons avoir trouvé plusieurs fois réduites en bouillie plusieurs parties du cerveau, sans qu'elles fussent injectées le moins du monde. Nous avons rencontré en particulier un ramollissement complet d'une des couches optiques, sans que sa couleur fût en aucune façon modifiée.

Y a-t-il un sexe qui soit plus disposé que l'autre au ramollissement du cerveau? Cette question serait facilement résolue, si pendant quelques années l'on tenait un compte exact du nombre de cas relatifs à cette maladie, observés comparativement à Bicêtre et à la Salpêtrière. Dans les observations publiées, on trouve plus de femmes que d'hommes; mais cela peut tenir de ce qu'on n'a point fait à Bicêtre un travail qui fût le pendant de celui fait à la Salpêtrière par M. Rostan. Négligeons donc les observations de ce dernier, toutes relatives à des femmes, et voyons ce que vont nous apprendre d'autres observations recueillies indistinctement sur des sujets de l'un ou de l'autre sexe.

Dans les observations que nous avons citées, il y a plus d'hommes que de femmes, vingt des premiers, treize des secondes. Mais il faut noter qu'un assez grand nombre de ces observations ont été recueillies par nous dans un service (à la Charité) où les malades hommes étaient en beaucoup plus grande quantité que les malades femmes. Ce résultat numérique ne pourrait donc que nous induire en erreur, si nous ne tenions pas compte des circonstances au milieu desquelles il a été obtenu. Sur cent seize cas publiés par différens auteurs, dans lesquels le sexe a été noté, nous avons trouvé qu'il y en avait quarante-sept relatifs à des hommes, et soixante-neuf relatifs à des femmes. Mais ici encore il fau-

drait savoir suivant quelles proportions étaient répartis les individus des deux sexes dans les service où ces faits ont été recueillis.

Hors les cas dans lesquels le ramollissement du cerveau succède à une violence extérieure portée sur le crâne, les circonstances sous l'influence desquelles il se produit ne peuvent être que bien rarement saisies. Chez certains individus, il survient au milieu du plus parfait état de santé; chez d'autres, il se forme pendant le cours de diverses maladies chroniques, sans qu'on puisse affirmer qu'aucune de ces dernières joue quelque rôle dans sa production. Sans nous arrêter davantage sur ce point encore si obscur de l'histoire du ramollissement du cerveau, abordons sur-le-champ l'étude des différens symptômes qui pendant la vie en traduisent l'existence d'une manière plus ou moins certaine.

L'intelligence, le mouvement, le sentiment, subissent, par le fait de l'existence du ramollissement du cerveau, diverses modifications que nous allons tour à tour exposer.

L'état de l'intelligence est loin d'être toujours le même. Il y a d'abord des cas, et ceux-là sont nombreux, dans lesquels elle conserve toute son intégrité. D'autres fois les facultés intellectuelles s'anéantissent complètement dès le début de la maladie; c'est ce qui arrive lorsque celle-ci commence par une perte subite de connaissance, ou par un état comateux: au bout d'un temps variable, les facultés intellectuelles se rétablissent, tantôt entièrement, ce qui est rare, tantôt seulement en partie, et alors l'individu conserve jusqu'à la mort une intelligence obtuse.

Dans un troisième cas, l'intelligence ne disparaît jamais complètement; mais soit dès le principe, soit plus tard, elle subit un affaiblissement notable, et cet affaiblissement persiste jusqu'à la fin. Les sujets qui sont dans ce cas ont l'air comme

hébété; quelques-uns présentent cette stupeur qui est un des caractères de la fièvre typhoïde à un certain degré; leurs réponses sont lentes et incertaines; ils ont peu de mémoire, peu de suite dans leurs idées; ils semblent aussi avoir peu de besoin; ils paraissent être tombés dans une sorte d'idiotisme ou d'état d'enfance : plusieurs offrent un état de somnolence presque continuel. Chez quelques-uns cet assoupissement est le phénomène prédominant pendant tout le cours de la maladie.

Enfin nous avons cité plusieurs eas dans lesquels l'intelligence est troublée de telle façon qu'il en résulte du délire. Celui-ci peut ne se montrer que par intervalles, ou bien exister d'une manière constante. Chez quelques malades, le délire apparaît dès le début; chez d'autres, il ne survient qu'à une époque plus ou moins avancée de l'affection; on le voit parfois alterner, soit avec des intervalles de raison, soit avee un état comateux.

Chez quelques sujets, la forme du délire est telle qu'il en résulte une véritable aliénation mentale.

Ces états si divers des facultés intellectuelles peuvent se montrer tour à tour ehez un même individu.

Avee ees différentes modifications de l'intelligence, la parole peut se eonserver, ou bien s'être complètement perdue. Parmi les cas que nous avons cités, il en est de relatifs à des individus qui, bien que paraissant avoir toute leur intelligence, étaient dans l'impossibilité absolue d'articuler un seul mot.

Nous avons vu quelques cas, et les auteurs en citent aussi, dans lesquels l'intelligence perdue ou pervertie pendant tout le cours de la maladie a repris tout à coup une lucidité remarquable quelques heures seulement avant la mort.

Ces états si divers de l'intelligence sont-ils en rapport avec la nature, le siége ou l'étendue de la lésion cérébrale? ou bien ne peuvent-ils s'expliquer, dans l'état actuel de nos connaissances, que par une disposition spéciale des centres nerveux, qui, à propos d'une lésion identique, sont susceptibles d'éprouver les modifications fonctionnelles les plus dissemblables? Nous allons voir à cet égard ce que l'observation va nous apprendre.

Recherchons d'abord quelles sont les conditions anatomiques dans lesquelles s'est trouvé l'encéphale des individus dont nous avons rapporté l'histoire, et demandons-nous si quelque rapport peut être établi entre ces conditions diverses et leur état intellectuel.

Seize sujets, c'est-à-dire la moitié à peu près de nos malades, n'ont offert de trouble de l'intelligence à aucune période de leur affection. Parmi eux toutefois il en est un (obs. XI) qui, le dernier jour de sa vie, est tombé tout à coup dans un état comateux au milieu duquel il a succombé.

Dans ces seize cas, nous avons constaté, dans l'encéphale et dans ses annexes, l'état suivant :

Chez six sujets, les méninges étaient pâles, de consistance normale, et aucun liquide ne les infiltrait. Chez six autres, l'arachnoïde qui tapisse la convexité des hémisphères en était séparée par une sérosité limpide, qui occupait la pie-mère; cette sérosité était peu abondante, si ce n'est dans un seul cas (obs. III) où les ventricules etaient en même temps remplis d'une assez grande quantité de sérum pour qu'ils en fussent distendus. Chez un autre sujet, de la sérosité infiltrait encore la pie-mère de la face supérieure du cerveau, mais elle était trouble : c'est chez ce sujet que du coma survint le dernier jour. Dans deux cas seulement cette

membrane était injectée, et enfin dans un cas l'arachnoïde et la pie-mère étaient transformées en un tissu dense, opaque, comme sont les membranes séreuses, ou mieux les couches celluleuses qui les doublent, lorsqu'une inflammation chronique s'en est emparée (obs. IV). Cet état morbide des méninges était borné à la portion de substance cérébrale frappée de ramollissement.

Dans aucun de ces seize cas, le cerveau ne présenta d'altération hors des points ramollis, excepté chez le sujet de l'obs. XI qui eut du coma le dernier jour, et dont l'hémisphère non ramolli présenta, en un point assez exactement circonscrit, une injection des plus vives.

Dans ces seize cas, le ramollissement lui-même fut trouvé, treize fois, blanchâtre ou grisâtre comme devait l'être la pulpe cérébrale; trois fois seulement il offrit une complication d'hypérémie.

Le ramollissement, dans ces seize cas, occupa les siéges les plus variés : quatre fois nous en constatâmes l'existence dans les circonvolutions de la convexité des hémisphères; treize fois il avait atteint une partie plus ou moins étendue de la masse nerveuse située au-dessus et en dehors des ventricules latéraux; six fois enfin il existait dans la couche optique et le corps strié, soit dans l'un de ces ganglions, soit dans tous les deux à la fois. Dans quelques cas, plusieurs des points que nous venons d'indiquer se trouvèrent simultanément ramollis, et dans plus d'un cas le ramollissement eut lieu à la fois dans les deux hémisphères.

Quant à l'étendue du ramollissement, il fut très variable dans ces seize cas, tantôt occupant la presque totalité d'un hémisphère, tantôt borné à un espace très circonscrit,

à celui, par exemple, qu'aurait pu occuper une petite noix, une aveline, un pois.

En face de ces cas où l'intelligence ne fut jamais troublée, plaçons maintenant ceux où elle le fut à des degrés divers, et voyons si, pour expliquer le désordre des facultés intellectuelles, nous trouverons d'autres lésions.

Dans les dix-sept cas où nous avons constaté divers troubles de l'intelligence, voici ce que nous avons rencontré :

Les méninges étaient injectées dans quatre cas seulement ; la pie-mère était infiltrée de sérosité transparente dans deux cas, de sérosité trouble dans un cas ; une autre fois elle était épaissie et avait perdu sa transparence. Dans un cas, la surface libre de l'arachnoïde présentait une sécheresse remarquable ; enfin il y avait sept cas dans lesquels les méninges n'étaient le siége d'aucune altération appréciable. Dans deux cas les ventricules contenaient une assez notable quantité de sérosité pour en être distendus.

Trois fois seulement la substance cérébrale, examinée hors des points ramollis, offrit un certain degré d'injection ; dans deux de ces cas, cette injection était générale ; dans un troisième, elle était bornée à la couche grise des circonvolutions.

Les points ramollis eux-mêmes avaient conservé la couleur qui leur est naturelle dans trois cas ; dans cinq autres cas ils avaient pris une teinte jaunâtre, et dans neuf cas ils offraient une couleur rouge plus ou moins intense.

Sur ces dix-sept cas, nous n'en trouvâmes que cinq dans lesquels les circonvolutions participaient au ramollissement. Dans tous les autres cas, elles étaient intactes, et le ramollissement occupait, soit la masse blanche située entre les circonvolutions et les ventricules, soit les corps striés ou les couches optiques.

Dans la plupart de ces cas, le ramollissement occupait une grande étendue : quelquefois, cependant, il n'avait atteint qu'un des corps striés ou que la couche optique. Une fois une noisette aurait pu à peine trouver place dans le point où il existait (au-devant d'un des corps striés) ; et une autre fois, situé au niveau et en dehors de ce même corps, il n'occupait guère qu'un pouce tant en largeur qu'en profondeur.

Il suit manifestement de cette analyse que nos cas de ramollissement où il y a eu trouble intellectuel n'ont pas sensiblement différé des cas où l'intelligence s'est conservée intacte, soit sous le rapport de l'état des méninges, soit sous celui de l'état du cerveau lui-même étudié hors du ramollissement, et au sein du ramollissement.

Ainsi, l'existence ou l'absence des désordres intellectuels, dans les cas de ramollissement cérébral, semble beaucoup moins dépendre de la nature des altérations découvertes après la mort, que du mode spécial pour chaque sujet, suivant lequel l'irritation s'étend et se propage des points ramollis au reste de l'encéphale : les traces de cette irritation ne sont pas de celles que, jusqu'à présent du moins, le scalpel a pu découvrir. Ainsi donc, la variété infinie des formes symptômatiques d'une maladie ne peut pas plus s'expliquer, dans bien des cas du moins, par les conditions diverses dans lesquelles on trouve l'organe qui en est le siége, qu'on ne peut se rendre compte des modes divers suivant lesquels, chez chaque individu, s'accomplit une même fonction, par des différences anatomiques dans la partie qui en est l'instrument.

Que si maintenant de nos propres observations nous en rapprochons d'autres, empruntées à différens auteurs, nous arriverons aux mêmes résultats, et toujours nous trouverons les ramollissemens les plus divers par leur siége, par leur

étendue, par l'état même des parties environnantes, s'accompagner également de désordres intellectuels.

Voyons, par exemple, quelques cas dans lesquels, du côté de l'intelligence, l'altération prédominante a été la stupeur, l'air d'hébétude, une sorte d'état d'enfance ou d'idiotisme. Trouverons-nous comme répondant à ce symptôme une lésion qui soit toujours la même sous le rapport de son siége, de son étendue, de sa nature, etc.? nous allons en juger par les faits suivans qui nous semblent curieux à rapprocher des nôtres.

Un homme, âgé de 48 ans, avait un air hébété; ses réponses étaient tardives; il tombait par intervalles dans un état de somnolence. A l'ouverture de son corps, on trouva dans l'hémisphère cérébral gauche la substance grise de sept à huit circonvolutions convertie en une pulpe d'un rouge amarante. Dans l'hémisphère droit un grand nombre de circonvolutions présentaient la même altération, et toujours c'était leur couche grise qui était spécialement ramollie. Au centre de ce même hémisphère existait un autre ramollissement. (Cruveilhier, *article* Apoplexie *du Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, *pag*. 271.)

Chez une femme, âgée de 46 ans, l'intelligence s'engourdit graduellement; elle meurt dans un état apoplectique. A l'ouverture du corps, on trouve la couche grise superficielle de plusieurs circonvolutions réduite en une bouillie rougeâtre. (Bouillaud, *Traité de l'encéphalite*.)

Une autre femme, âgée de 33 ans, présente la même forme de désordre intellectuel. On trouve chez elle un ramollissement avec vive injection d'un certain nombre de circonvolutions des deux hémisphères. (*Idem, ibid.*)

Une femme, âgée de 46 ans, présente des facultés intel-

lectuelles de plus en plus obtuses; elle a l'air hébété; ses réponses sont lentes, pénibles; l'autopsie montre chez elle des adhérences de la pie-mère à la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère droit. Au-dessous de ces points adhérens, trois circonvolutions sont ramollies dans leur couche grise superficielle; la profonde n'est qu'injectée : aucune autre altération. (Roger, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1824, tom. III, pag. 196.)

Vous croirez-vous en droit de conclure de ces faits que le trouble de l'intelligence a dépendu de ce que le ramollissement avait en partie son siége à la périphérie du cerveau? vous vous rétracteriez en lisant les faits suivans :

Une femme, âgée de 61 ans, répond péniblement; ses idées ont peu de suite : elle est souvent assoupie. A l'ouverture de son corps, il n'y a rien à la périphérie du cerveau; un ramollissement existe dans le corps strié et autour de lui. (Rochoux, *Traité de l'apoplexie*, pag. 175.)

Une femme, âgée de 20 ans, ne donne aucune apparence d'intelligence : on trouve chez elle un ramollissement d'un rose pâle, du volume d'une petite noix, au niveau et en dehors du corps strié et de la couche optique; entre ces deux corps, tout l'hémisphère est injecté. (Shedel, *Thèse*, 1828.)

Un autre homme, âgé de 70 ans, ne répond que d'une manière peu intelligible; plus tard il délire. On constate chez lui l'existence d'un ramollissement blanc du volume d'une petite noix en dehors et au niveau d'un des corps striés; les méninges n'offrent aucune altération, non plus que le reste de l'encéphale. (*Id. ibid.*)

Quant aux cas dans lesquels l'intelligence s'est toujours conservée, ou s'est promptement recouvrée, nous en trouverons également avec et sans lésion de la périphérie du cerveau.

Ainsi, le docteur Strambio de Milan a publié le cas d'une fille de 20 ans chez laquelle l'intelligence se conserva intacte, bien qu'elle eût perdu l'usage de la parole; les circonvolutions de la plus grande partie de l'hémisphère droit étaient le siége d'un ramollissement qui s'étendait à une grande profondeur. (*Journal des Progrès et des Institutions médicales*, tom. XIII, pag. 230.)

A côté de ce fait qui prouve, comme quelques-uns des nôtres, que l'intelligence peut se conserver malgré la lésion des circonvolutions, en voici deux autres dans lesquels on voit les circonvolutions intactes, et l'intelligence conservée dans un cas, promptement recouvrée dans l'autre.

Une femme, âgée de 56 ans, perd tout à coup la parole, et cependant son intelligence reste parfaitement intacte jusqu'à la mort. Immédiatement au-dessus du ventricule, l'hémisphère gauche présente, dans l'étendue d'une pièce de trente sous, un ramollissement blanc de sa substance : il n'y a aucune autre altération. (Littré, *Journal hebdomadaire*, tom. I, pag. 225.)

Une femme, âgée de 23 ans, tombe dans le coma; mais cet état se dissipe bientôt, et elle recouvre son intelligence, qui persiste jusqu'à la fin. La base de l'hémisphère gauche est ramollie dans une certaine partie de son étendue.

Nous n'admettrons pas sans doute que la cause du bon état de l'intelligence a été dans ces deux cas l'absence d'altération des circonvolutions de la convexité du cerveau, lorsque tout à l'heure nous avons vu d'autres cas où, avec les mêmes conditions anatomiques, existait du délire.

Le trouble des facultés intellectuelles ne saurait non plus être regardé comme lié plus spécialement au ramollissement des lobules antérieurs où postérieurs, comme quelques-uns

l'ont prétendu. Les faits suivans prouveut en effet que la lésion de ces différens lobules est également suivie de délire ou de tout autre désordre de l'intelligence.

Un homme, à la suite d'une chute sur le front, perd peu à peu la mémoire, et son intelligence s'affaiblit graduellement. Les deux lobes antérieurs du cerveau étaient ramollis, chacun dans une petite étendue. (Orillard, *Thèse*, 1831.)

Une femme, âgée de 42 ans, présente pendant deux mois tous les signes d'une aliénation mentale; elle est habituellement dans cet état que l'on exprime, en disant que les malades sont agités. Les deux lobes antérieurs du cerveau sont ramollis à leur pointe. (Brière de Boismont, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1825, tom. IX, pag. 546.)

Voilà deux cas dans lesquels le trouble de l'intelligence coïncide avec un ramollissement des lobes antérieurs; en voici d'autres où le même désordre fonctionnel se montre avec un ramollissement des lobes postérieurs.

Une fille de 15 ans est atteinte de manie aiguë. Après sa mort, on trouve un ramollissement considérable de tout le lobe postérieur de l'hémisphère gauche. (Lalesque, *Journal hebdomadaire*, tom. IV, pag. 270.)

Une femme de 46 ans présente un trouble dans ses idées qui va en augmentant; elle ne répond que par monosyllabes, et perd la mémoire : plus tard elle est dans un état presque continuel de somnolence. A l'ouverture de son corps, on constate l'existence d'un ramollissement qui occupe tout le lobe postérieur de l'hémisphère gauche. La pie-mère qui en tapisse la base est épaissie. (Fait recueilli à la *Clinique* du professeur Chomel, dans les *Archives de médecine*, tom. XXVI, pag. 556.)

Dans les cas où la maladie débute par une perte complète

de connaissance, le ramollissement occupe en général une grande étendue, ainsi que le prouvent un grand nombre de faits. Toutefois, dans quelques cas de ce genre on a trouvé des ramollissemens bien peu considérables eu égard à la gravité des symptômes. Nos propres observations trouveront sous ce rapport une confirmation dans le fait suivant :

Une femme, âgée de 20 ans, pousse un grand cri, à la suite duquel elle reste complètement privée de connaissance; elle meurt au bout de 24 heures, sans l'avoir recouvrée. On trouve, dans l'hémisphère gauche, au niveau et en dehors du corps strié et de la couche optique un ramollissement d'un rose pâle qui occupe à peine l'espace qu'aurait rempli une petite noix; il n'y a aucune autre lésion, si ce n'est une injection vive de la pie-mère qui recouvre l'hémisphère gauche. (Shedel, *Thèse*, 1828.)

Aux différens faits que nous venons de citer, nous aurions pu en ajouter plusieurs autres tirés des ouvrages de MM. Bouillaud, Lallemand et Rostan. Nous avons mieux aimé en citer qui sont moins connus, et renvoyer pour les autres à ces ouvrages eux-mêmes.

Tous démontrent l'impossibilité d'établir d'une manière rigoureuse, d'après l'existence ou la nature du désordre intellectuel, le siége et l'étendue du ramollissement.

Des différens troubles de l'intelligence qui peuvent accompagner le ramollissement du cerveau, il n'en est non plus aucun qui par sa forme spéciale, suffise pour faire reconnaître pendant la vie la nature de l'altération qui a frappé l'encéphale. Une simple injection, soit des méninges, soit de la substance nerveuse, une accumulation considérable de liquide autour du cerveau ou de ses ventricules, une hémorrhagie qui a déchiré sa pulpe, des produits accidentels qui s'y

sont développés, peuvent en effet également produire, soit le délire avec toutes ses variétés, soit un simple affaiblissement de l'intelligence, soit la perte subite de connaissance.

Chez quelques-uns des sujets dont nous avons rapporté l'histoire, un des phénomènes les plus saillans était la perte de la parole. Les faits que nous avons rapportés à cet égard tendent à démontrer que les efforts qui ont été tentés à diverses époques pour assigner à certaines parties du cerveau la faculté d'articuler et de coordonner le langage, sont au moins prématurées. Nous avons déjà agité cette question, lorsque nous avons traité de l'hémorrhagie cérébrale. Nous y renvoyons.

Le ramollissement des hémisphères cérébraux entraîne bien plus constamment des altérations dans le mouvement que dans l'intelligence. Toutefois cette règle a elle-même ses exceptions, et nous avons cité quelques cas dans lesquels nous n'avons observé, du côté de la motilité, aucune modification appréciable. Dans les quatre cas de ce genre que nous avons rapportés, le ramollissement occupait les siéges les plus divers. Une fois, il était borné à quelques circonvolutions de la convexité; une autre fois il occupait, à la base du lobe antérieur d'un des hémisphères, un espace qui aurait pu admettre un œuf de poule. Deux autres fois enfin, il avait envahi plusieurs points des deux hémisphères (observation I, II, III, IV).

Tout rares qu'ils sont, ces cas ne sont pas sans analogues; nous n'en avons trouvé à la vérité aucun de semblable dans les ouvrages de MM. Bouillaud, Lallemand, et Rostan. Mais dans les nombreuses observations sur le ramollissement du cerveau que contiennent les divers recueils périodiques, ou les thèses de la faculté, nous avons rencontré les trois faits

suivans, dans lesquels le ramollissement existait aussi sans aucun désordre du mouvement.

Premier fait. Une jeune fille présente l'ensemble des symptômes qui caractérisent, dans la Nosographie de Pinel, la fièvre ataxique. Toutefois, au milieu des plus graves désordres de l'intelligence et du sentiment, la motilité reste intacte; elle pousse des cris; elle est dans un continuel état d'agitation; mais elle n'offre ni mouvemens convulsifs, ni raideur des membres, ni paralysie. Indépendamment d'une substance albumineuse concrète qui recouvrait la face supérieure du cervelet, on trouva la plus grande partie du pédoncule cérébral droit réduite à un état de diffluence, avec vive coloration rouge en beaucoup de points (Raikem, *Répertoire d'Anatomie et de Physiologie pathologique*, publié par M. Breschet, tome I, pag. 116).

Deuxième fait. Une fille, âgée de 15 ans, aliénée, s'étrangla dans un moment de fureur. Jusqu'à l'instant de sa mort, elle n'avait offert aucune trace de paralysie, ni de raideur des membres. On trouva un vaste ramollissement de tout le lobe postérieur de l'hémisphère gauche (Lalesque, *Journal hebdomadaire,* tome 4, page 270) (1).

Troisième fait. Il est encore relatif à un aliéné dont les

---

(1) Cette observation nous paraît assez intéressante pour que nous croyons devoir la reproduire ici textuellement :

Une jeune fille, âgée de quinze ans, d'une taille au-dessous de la moyenne, mais d'une constitution assez forte, avait vu ses règles pour la première fois à l'âge de treize ans. Cette évacuation se fit d'abord sans aucun trouble. L'écoulement eut lieu régulièrement pendant quelques mois; mais il y survint bientôt du dérangement sans cause appréciable. De régulier qu'il était, il devint irrégulier, peu abondant, susceptible de retard, puis de trop grande fréquence. A cela se joignit bientôt quelque

mouvemens restèrent complètement libres, jusqu'aux derniers momens de la vie. L'ouverture du cadavre montra chez

---

contrariété de la part des parens. Enfin, un violent accès de colère, dans laquelle la jeune personne eut un moment de fureur suivi de délire et de lipothymies fréquentes, l'amena à la Salpêtrière dans la division des aliénées. Elle nous arriva dans une espèce de stupidité, le ventre fortement ballonné, ayant à chaque instant du jour des attaques d'hystérie. En mangeant, en marchant, en jouant, debout, assise, couchée, vingt fois dans une journée, ses accès la prenaient. Alors on remarquait des phénomènes particuliers qui ne se retrouvent pas toujours chez les hystériques. Relâchement général des muscles, flaccidité des membres, clignotement des paupières, œil convulsé s'agitant dans l'orbite par de rapides oscillations, mouvement des muscles de la face, tremblement de la mâchoire inférieure, *perte entière de la sensibilité*, *perte de la connaissance;* point de cris, *point d'étouffement*, *point de globe hystérique.* Tous ces accidens s'apaissaient graduellement à mesure qu'un profond sommeil s'emparait de la malade. Après avoir dormi quelques heures, elle s'éveillait en sursaut, retombait la plupart du temps jusqu'à trois reprises avant de pouvoir se lever; mais ne gardait jamais de *souvenir de l'accès*, ni de ce qui s'était passé dans le courant de l'attaque. Elle resta six à sept mois dans cet état à la Salpêtrière. Son ventre, toujours ballonné, et l'absence des règles nous en imposèrent pendant quelque temps, et nous pensâmes qu'elle était enceinte.

Cependant, à force de soins, ses règles ont repris leur régularité. Sous leur influence, les symptômes énumérés ci-dessus ont cessé d'apparaître, et la malade est sortie de la Salpêtrière huit ou neuf mois après son entrée, jouissant d'une santé parfaite. Pendant toute l'année qui suivit sa sortie de l'hospice, la malade continua de se bien porter, mais elle revint bientôt à la Salpêtrière affectée d'une maladie bien différente de la première, au moins pour les caractères extérieurs. Elle sortait des Madelonnettes avec le gilet de force. Son agitation était violente, ses membres nus, ses cheveux épars, ses yeux égarés, pleins de fureur; sa voix presque éteinte à force de vociférer des injures contre elle et contre ceux

lui un ramollissement considérable de la partie latérale externe de l'hémisphère gauche. (Observation recueillie à Bi-

---

qui l'entouraient. Trois filles de service avaient de la peine à la contenir. Cette fois la menstruation n'est pas supprimée; car elle a ses règles en entrant. Le lendemain, à la visite, on la questionne, point de réponse; mais seulement des cris et des injures outrageantes. Cet état se maintint quelques jours. Bientôt on s'aperçoit que son linge est taché; et comme on cherche la cause des taches qu'on observait, on découvre un chancre à l'une des deux grandes lèvres avec un écoulement syphilitique des mieux caractérisés. La malade passe à l'infirmerie pour suivre un traitement approprié aux circonstances. Son agitation, de continue qu'elle était, devient rémittente à la suite des saignées employées avec méthode. Cependant, dans ses momens de calme, la malade ne répond que par des injures ou garde un silence obstiné.

L'écoulement ne tarissait point; des crachats sanglans, expectorés sans toux, suivis ou non d'un mucus épais, venant probablement des efforts de voix que la malade faisait journellement, s'étaient montrés depuis quelque temps, lorsqu'un événement inattendu vint terminer la vie de la malade, et nous révéler des altérations pathologiques que nous étions loin de soupçonner.

Un soir qu'elle était dans un accès d'agitation, attachée aux deux bords de sa couchette par deux sangles qui passaient chacune dans un anneau situé à la partie postérieure du gilet de force, les pieds aussi fixés par une sangle à la partie du lit qui leur est voisine, elle fit céder un des nœuds correspondans aux bords de sa couchette, et tomba presque entièrement à terre, les pieds retenus par leurs liens, et le cou pris dans un anneau circulaire de la sangle qui restait attachée à l'autre bord du lit; de manière que tout le poids du corps portant sur l'anneau de la sangle qui pressait le cou, elle fut asphyxiée par strangulation, avant que la veilleuse, occupée d'une autre aliénée extrêmement agitée, eût pu lui porter du secours. Elle vint trop tard, la malheureuse victime ne put être rappelée à la vie.

En arrivant, nous trouvâmes la jeune malade encore chaude, le cou

cêtre par M. Fabre, et insérée dans sa *Thèse*, année 1832, n° 133).

---

entouré d'un cercle de petits points rougeâtres, peu prononcés, ayant l'apparence de piqûres de puces. Un mucus concret oblitérait ses narines, et coulait de sa bouche ; sa face était légèrement tuméfiée, mais sans changement dans la coloration des tissus. L'autopsie en fut faite trente-six heures après la mort.

Extérieur du corps. Injection de la face, dont la tuméfaction a fait des progrès depuis que nous ne l'avons vue. Cet état lui donne un aspect violet, semblable à celui que présente une personne exposée en hiver aux rigueurs du froid, ou mieux encore à celui d'un individu qui porte les symptômes d'une maladie organique du cœur à ses dernières périodes. Les tégumens de l'abdomen présentent une couleur verdâtre tirant sur le bleu : le côté gauche de la poitrine et le bras correspondant ont une teinte lie de vin. Ce dernier phénomène, qui a lieu précisément au côté le plus déclive du corps, eu égard à la situation de la malade pendant la strangulation, nous paraît dépendre de la loi de gravitation des liquides, et tenir conséquemment à l'imbibition cadavérique.

En incisant les tégumens du crâne, épais d'environ deux lignes, et gorgés d'une assez grande quantité de sang, ce liquide s'écoule avec abondance. Les parois du crâne ont aussi beaucoup d'épaisseur, et sont, comme leurs tégumens, pénétrées de sang noir.

Une sérosité sanguinolente baigne les membranes du cerveau.

La dure-mère est lisse, plus foncée que d'habitude. L'arachnoide épaissie, blanchâtre dans presque toute son étendue, est d'un blanc nacré dans la partie correspondante au sinciput, et présente en cet endroit un épaississement remarquable qui n'est plus le même à la partie latérale externe du lobe postérieur gauche du cerveau, ni vers le moyen lobe où elle est jaunâtre, mince au lieu d'être épaissie, laissant apercevoir au travers d'elle la substance cérébrale. En enlevant cette membrane avec la pie-mère, elles n'offrent aucune résistance, et se déchirent par lambeaux.

Le cerveau est petit et généralement peu formé. La substance grise,

Il est vraisemblable que, dans ces cas divers, le ramollissement ne s'est établi que d'une manière fort lente. Ils rappellent ces autres cas dans lesquels le cerveau, soumis à une compression graduelle par des tumeurs développées autour de lui ou dans sa propre substance, n'a non plus révélé sa souffrance par aucune paralysie ou autre désordre dans la locomotion. C'est ainsi que, tout récemment encore, nous avons

---

injectée, est d'un rouge assez vif. La blanche est friable, rosée, et présente dans les points où on la coupe les vaisseaux cérébraux dilatés, laissant suinter du sang en assez grande quantité.

Les mêmes caractères ne se sont pas présentés dans toute l'étendue de la masse cérébrale. Au point que couvrent les membranes amincies, et dont la teinte jaune nous a déjà frappés, existent des adhérences intimes entre elles et la substance du cerveau, qu'elles déchirent en même temps qu'on les enlève. Enfin, malgré nos précautions, un grand lambeau de substance encéphalique se détache et laisse voir un vaste ramollissement dont les parties constituantes s'écoulent par la déchirure que nous venions de faire. Ce putrilage occupait une excavation creusée dans la face externe du lobe postérieur gauche du cerveau, s'étendait jusqu'à la dépression légère qui sépare ce lobe du lobe moyen, et pénétrait en dedans jusque sous le ventricule latéral du même côté, à tel point que la corne d'Ammon correspondante était visiblement ramollie. Ce putrilage, écoulé, nous laissa voir une caverne assez spacieuse pour loger un œuf de poule des plus volumineux. La bandelette, demi-circulaire, les couches optiques et les corps striés étaient plus mous que de coutume; mais leur mollesse était en proportion avec la consistance du reste de l'encéphale. Ces divers organes étaient injectés, mais encore proportionnellement avec le reste du cerveau.

Le cœur et les gros vaisseaux étaient gorgés de sang. La membrane interne des carotides présentait une couleur rouge foncée tirant sur le lie de vin; mais leur texture n'était point altérée à l'endroit qui fut si violemment comprimé.

eu occasion de voir une tumeur fibreuse du volume d'une orange ordinaire, qui, développée entre le crâne et le cerveau, avait fortement comprimé celui-ci. Il n'y avait eu pendant la vie aucune altération du mouvement. La substance refoulée n'était ni ramollie, ni indurée ; elle paraissait s'être atrophiée, à mesure qu'elle avait été comprimée par la tumeur (1).

Lorsque le mouvement est altéré (et ce cas peut être regardé comme à peu près constant), il s'en faut qu'il le soit toujours de la même manière. On a établi d'une manière beaucoup trop générale que le ramollissement du cerveau produisait, dans le plus grand nombre des cas, une contracture des membres. L'observation nous a démontré que cette contracture manque peut-être aussi souvent qu'elle existe ; mais ce qui est très vrai, c'est que, lorsqu'elle a lieu, elle devient un signe excellent pour distinguer un ramollissement du cerveau de toute autre affection de cet organe. Ne regardons pas toutefois un pareil signe comme pathognomonique ; car on l'a retrouvé dans d'autres cas où il n'y avait pas de ramol-

(1) M. Bérard jeune a lu à l'Académie de médecine, dans sa séance du 22 octobre 1833, l'observation d'une tumeur fongueuse de la dure-mère qui n'avait été non plus accompagnée d'aucune altération du mouvement. Mais une circonstance bien remarquable de cette observation, c'est qu'immédiatement après que la tumeur eût été enlevée par M. Bérard, avec la dure-mère à laquelle elle adhérait, le malade fut pris de perte de connaissance et de mouvemens convulsifs du tronc et des membres. M. Bérard, pensant que la brusque soustraction d'une partie de l'enveloppe résistante du cerveau causait ces accidens, appliqua de suite sur toute la partie dénudée de l'organe un morceau d'agaric, sur lequel il pressa modérément avec la paume de la main. Sous l'influence de cette compression, les convulsions cessèrent et l'intelligence se rétablit. (*Gazette médicale*, 26 octobre 1833.)

lissement; on le voit souvent noté, par exemple, dans les observations sur l'atrophie congéniale du cerveau, publiées par MM. Bouchet et Casauvieilh. (*Archives générales de médecine*, tom. IX.)

Les modifications que subit le mouvement, dans les cas de ramollissement du cerveau, sont donc loin d'être toujours de même nature. Ces modifications consistent le plus ordinairement soit dans une simple paralysie, soit dans une contracture des membres, soit dans des convulsions. Il y a ensuite quelques autres cas dans lesquels le mouvement se modifie encore d'une autre manière; nous y reviendrons plus bas.

La paralysie présente des différences sous le rapport de son degré, de sa marche et de son siége.

Il y a d'abord des cas où elle ne survient que graduellement. Les malades s'aperçoivent qu'un de leurs membres a moins de force que l'autre; l'une de leurs mains peut serrer moins fortement que l'antre; ils sont maladroits à s'en servir; un de leurs bras leur paraît plus lourd, ou leur jambe traîne un peu en marchant. Ce commencement de paralysie peut rester stationnaire pendant un long laps de temps; puis on la voit progressivement augmenter, ou bien elle devient tout à coup plus considérable.

Dans d'autres cas, la paralysie ne passe plus par ces différens degrés; elle survient brusquement, et, dès le premier moment de son apparition, elle est aussi complète que possible; elle a, dès-lors, la plus grande ressemblance avec la paralysie qui résulte d'un épanchement de sang dans le cerveau.

Lorsque la paralysie ne s'établit que graduellement, elle ne se montre que d'un côté du corps, à moins que le ramol-

lissement n'existe lui-même dans les deux hémisphères. Lorsqu'elle acquiert tout à coup son plus haut degré d'intensité, il en est encore ainsi, du moins dans le plus grand nombre des cas. Quelquefois cependant elle a lieu des deux côtés, bien que le ramollissement ne soit pas double; mais cela n'arrive guère que lorsque du côté où il s'est accompli, le ramollissement est très considérable. Alors deux choses peuvent arriver: ou bien la paralysie générale persiste jusqu'à la mort, qui ne tarde pas à arriver; ou bien au bout d'un certain nombre d'heures, les mouvemens d'un côté redeviennent libres, et il ne reste qu'une hémiplégie.

La contracture présente dans ses degrés divers, dans son mode d'apparition, dans sa marche et dans son siége les mêmes différences que la simple paralysie.

Comme celle-ci, elle peut survenir lentement et s'accroître d'une manière toute graduelle. Ainsi l'on voit des individus chez lesquels la contracture reste long-temps bornée à une seule phalange ou à un doigt; puis elle s'étend progressivement aux autres doigts, à la main entière, et enfin à l'avant-bras; la même progression a lieu pour le membre abdominal. Une fois établie sur un de ses points, elle n'y persiste pas toujours : il y a des heures et même des journées où elle disparaît, pour se reproduire ensuite. En son absence, tantôt les parties qui en étaient le siége recouvrent toute la liberté de leurs mouvemens; tantôt, elles sont faibles, engourdies, sur le chemin de la paralysie, ou enfin elles restent véritablement paralysées.

La contracture peut aussi, comme la paralysie, survenir brusquement, et acquérir tout à coup son maximum d'intensité. C'est par une violente contracture d'un membre ou des deux membres d'un côté que débutent effectivement un cer-

tain nombre de ramollissemens cérébraux. Sous cette forme, la contracture indique bien plus sûrement la nature de la maladie, que lorsqu'elle s'établit d'une manière graduelle.

Une fois produite, la contracture peut persister, soit qu'elle devienne de plus en plus forte, soit qu'elle aille en diminuant, soit qu'elle reste au même degré. Mais elle peut aussi disparaître : il y a des cas, par exemple, où elle ne dure que quelques heures; il y en a où elle cesse au bout d'un temps infiniment plus court, où elle se montre à peine pendant quelques minutes; puis elle est remplacée par une simple paralysie. Une fois qu'elle a disparu, tantôt elle ne se montre plus, tantôt elle revient à certains intervalles.

Dans les deux cas que nous venons d'examiner, la contracture s'est montrée au début de la maladie, ou du moins c'est par elle qu'ont commencé les altérations du mouvement. Il existe encore un autre cas dans lequel c'est d'abord la paralysie qu'on observe; la contracture ne survient que plus tard, et remplace momentanément l'abolition du mouvement.

Outre la paralysie et la contracture, le ramollissement du cerveau peut encore produire des mouvemens convulsifs qui ont lieu, comme les autres lésions du mouvement, dans le côté du corps opposé à l'hémisphère ramolli. Il y a des cas où ces convulsions marquent le début de la maladie; elles cessent au bout d'un temps plus ou moins long, et sont remplacées par la paralysie ou par la contracture; d'autres fois elles surviennent plus tard, et remplacent momentanément l'abolition du mouvement.

Au lieu d'être bornées à un côté du corps, les convulsions peuvent être générales, soit toutes les fois qu'elles se montrent, soit seulement de temps en temps. Dans ce second cas, il est arrivé plus d'une fois qu'on n'a trouvé dans l'hémisphère op-

posé à celui où a lieu le ramollissement aucune lésion qui pût rendre compte de cette généralisation momentanée des mouvemens convulsifs. Dans le cas au contraire où les convulsions restent toujours générales, on a pu presque toujours constater des lésions dans les deux hémisphères, ou autour d'eux. Ainsi M. le docteur Martinet a cité un cas dans lequel les convulsions avaient à la fois leur siége dans les quatre membres, sans qu'ils fussent en aucune façon ni contracturés, ni paralysés; les paupières étaient contractées; les globes oculaires renversés en haut; la bouche était légèrement tirée à droite, et la tête portée du même côté. A l'ouverture du corps, on trouva les parois du ventricule droit ramollies dans l'étendue de plusieurs pouces; une des circonvolutions de la base de l'hémisphère gauche était également ramollie. (*Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1823, tome 1, page 437.)

M. le professeur Bouillaud a rapporté dans son précieux *Traité de l'encéphalite* l'observation d'un homme qui fut pris de mouvemens convulsifs répétés avec perte de connaissance. Ces convulsions étaient générales. Plus tard, le membre thoracique droit se paralysa, tandis que le gauche se montrait alternativement raide, et agité de mouvemens convulsifs. A l'ouverture du corps, on trouva l'arachnoïde adhérente en quinze ou seize points à la surface supérieure du cerveau. Dans ces divers points la substance corticale était ramollie; la substance blanche n'était qu'injectée, et encore à un degré médiocre.

Dans ces deux cas, les convulsions étaient générales, et des traces de ramollissement existaient dans les deux hémisphères, avec des siéges toutefois bien différens. Ainsi l'on n'oubliera pas de noter que, dans le cas de M. Bouillaud, la substance grise des circonvolutions était la seule partie des

centres nerveux qui eût perdu sa consistance. Voici un autre cas où, pour expliquer des mouvemens convulsifs également étendus aux deux côtés du corps, on ne trouve plus qu'un seul hémisphère altéré; mais les méninges sont lésées dans leur totalité.

Chez une femme, au rapport de MM. Parent Duchâtelet et Martinet (*Traité de l'arachnitis*), les quatre membres furent pris de mouvemens convultifs; ils cessèrent bientôt, et furent remplacés par des alternatives d'une immobilité complète des membres, et d'agitation. Toutefois, pendant les instans d'immobilité, on observait une légère contracture des avant-bras, surtout du gauche. Le lobe antérieur de l'hémisphère droit fut trouvé ramolli dans toute son étendue, et en même temps coloré en un rouge vif, avec quelques petits caillots sanguins disséminés. Les méninges étaient fortement injectées; une grande quantité de sérosité rougeâtre remplissait les ventricules.

Jusqu'à présent nous n'avons parlé que de deux cas : l'un, dans lequel les convulsions ont lieu du côté du corps opposé à l'hémisphère ramolli, et l'autre, dans lequel elles se montrent des deux côtés du corps à la fois. Nous avons encore un troisième cas à signaler; c'est celui où les convulsions ont lieu seulement du même côté que l'hémisphère malade, l'autre côté étant en paralysie ou en contracture. Nous citerons, comme exemple de ce fait, une observation que nous avons recueillie à l'hôpital de la Charité, il y a plusieurs années, et que nous avions communiquée à M. Lallemand, dans l'ouvrage duquel elle se trouve déjà publiée.

Un homme, âgé de 27 ans, charpentier, récemment traité à l'hôpital des vénériens pour des chancres, ressentait depuis quelque temps, dans tout le côté *droit* de la tête, une sorte

de pesanteur, plutôt qu'une véritable douleur, à laquelle il avait à peine fait attention.

Le 18 décembre 1821, après avoir travaillé toute la journée, comme de coutume, il éprouva dans le membre thoracique *gauche* un tremblement assez fort; la main surtout était agitée par des mouvemens continuels de flexion et d'extension. Bientôt il se plaignit de tintemens d'oreille, d'éblouissemens, et perdit entièrement connaissance. Cet état dura une partie de la nuit.

Le lendemain 19, retour des fonctions sensoriales et intellectuelles; continuation des mouvemens de la main *gauche*; de temps en temps flexion permanente et comme *tétanique* de l'avant-bras sur le bras; intégrité des fonctions des membres abdominaux et du membre thoracique droit.

Le 20, cessation complète des mouvemens spasmodiques; gêne dans les mouvemens du bras, de l'avant-bras et de la main du côté *gauche*; sensation de faiblesse, d'engourdissement et de froid dans ces parties.

Le 21, persistance de ce commencement de paralysie. Le soir, entrée du malade à l'hôpital de la Charité.

Le 22 matin, face pâle, intégrité des fonctions intellectuelles et sensoriales, conservation de la myotilité et de la sensibilité dans les deux membres abdominaux et le membre thoracique droit; flexion de la main gauche sur le poignet, due plutôt à la paralysie des extenseurs qu'à la contraction des fléchisseurs; impossibilité de rien serrer avec cette main, qui paraît froide et engourdie; mouvement de l'avant-bras *gauche* faible et exigeant beaucoup d'efforts pour porter la main à la tête; muscles de la face et de la langue dans l'état naturel; douleur assez forte dans toute la partie *droite* de la tête, s'exaspérant par intervalles sans augmenter ni diminuer

par la pression; pouls lent et faible; peau sans chaleur; fonctions digestives intactes; l'état du malade paraît avoir beaucoup d'analogie avec celui que présentent les individus dont la paralysie reconnaît pour cause les émanations de plomb (*limon. tartar., 4 pil. de Bontius, pédiluves sinapisés, frict. sur le membre paralysé avec liniment vol. camphré, trois crêmes de riz, deux bouillons*).

Jusqu'au 25, même état, même traitement. Le 26, face rouge, céphalalgie plus forte que jamais (*douze sangsues à la partie droite du cou, apozème purgatif, infusion de fleurs d'arnica, deux tasses*).

Le 27, persistance de la céphalalgie, abolition des mouvemens de l'avant-bras *gauche* et diminution de ceux du bras (*on insiste sur l'emploi des dérivatifs*).

Le 31, application de quinze sangsues de chaque côté du cou. Vers dix heures du matin, délire, agitation pendant toute la journée.

Le 1er janvier, dans la matinée, yeux égarés roulant continuellement dans leur orbite, tête agitée par des mouvemens continuels de droite à gauche et de gauche à droite. Le bras gauche soulevé retombe comme une masse inerte. Les membres supérieur et inférieur droits, au contraire, sont agités de petits mouvemens spasmodiques, brusques, irréguliers et fréquens, qui augmentent dès qu'on les touche. Le membre abdominal droit en est exempt, quoiqu'il ne partage pas la paralysie du bras, car, pour peu qu'on le pince, le malade le retire et se plaint; il prononce à voix basse les propos les plus incohérens. Cependant quand on fixe son attention par des demandes réitérées, ses réponses sont justes, il tire la langue quand on l'en prie. Pour la première fois le pouls est fréquent (*vingt-quatre sangsues au cou, lavement de séné et*

d'émétique, deux sinapismes aux jambes). Le reste du jour, point de changement, le lavement n'est pas rendu.

Le 2, dans la matinée, assoupissement, point de réponse à aucune question ; mais le moindre attouchement reproduit les mouvemens spasmodiques des membres du côté droit ; pouls très fréquent et petit (*deux vésicatoires à la partie interne des cuisses, lavement avec sirop de nerprun et séné*). Dans la journée, augmentation de l'état comateux ; le soir, paralysie du membre abdominal gauche, mort dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE

36 heures après la mort.

Arachnoïde de la surface supérieure des hémisphères cérébraux, surtout du gauche, fortement injectée.

Circonvolutions du lobe postérieur de l'hémisphère droit aplaties, offrant sous le doigt une sensation évidente de fluctuation. Une incison donne issue à un liquide verdâtre inodore, de consistance crêmeuse, à un véritable pus, semblable à celui qui s'écoule de beaucoup d'abcès phlegmoneux extérieurs. En prolongeant l'incision, on met à découvert une cavité irrégulièrement sphéroïde, de capacité à loger un œuf de poule, située en dehors et en arrière du ventricule du même côté avec lequel elle ne communique pas, séparée de l'arachnoïde par une lame très mince de substance cérébrale, et communiquant en dehors, par une sorte de trajet fistuleux, avec une autre cavité de la capacité d'une noix. La face interne de ces deux abcès et du trajet fistuleux qui les réunit, est tapissée par une membrane mince, d'un rouge grisâtre, douce et lisse au toucher, se détachant facilement, par lam-

beaux, du tissu sous-jacent sur lequel elle ne semble, en quelque sorte, qu'appliquée. Mise dans l'eau, elle paraît comme villeuse et hérissée de filamens; enfin elle offre beaucoup d'analogie avec les membranes muqueuses. Autour d'elle, la substance cérébrale n'est ni injectée, ni plus molle, ni plus dure qu'à l'ordinaire. Dans chacun des ventricules latéraux, sérosité limpide et incolore en quantité médiocre; dans le reste de l'encéphale, aucune altération notable.

Viscères thoraciques et abdominaux sains.

L'injection de la pie-mère, plus prononcée à gauche qu'à droite, rend-elle raison des mouvemens convulsifs qui eurent lieu du côté droit? Nous l'admettons volontiers, bien que nous sachions qu'il est d'autres cas dans lesquels, pour expliquer ces convulsions, l'anatomie pathologique est tout-à-fait insuffisante. Comment, par exemple, nous en rendre compte dans l'observation suivante, dont nous avons déjà cité quelques fragmens pour un autre objet. Elle a été publiée par M. Shedel dans sa *Thèse*.

Une femme, âgée de 20 ans, était atteinte d'une hémiplégie droite; on lui applique des sangsues; et pendant que du sang coule avec abondance de leurs piqûres, tout le côté gauche est pris de convulsions violentes.

Eh bien! dans ce cas, l'on ne trouva d'altération que dans le côté gauche de l'encéphale. Non seulement c'était dans l'hémisphère gauche, ainsi qu'on aurait pu le prévoir, qu'existait le ramollissement, mais cet hémisphère seul était fortement injecté; et la pie-mère qui le recouvre était parcourue par de nombreux vaisseaux, tandis qu'à droite on ne voyait rien de semblable.

Il faut donc reconnaître ici, ou bien que la cause des convulsions des membres gauches a résidé dans le côté gau-

che de l'encéphale, ou bien que cette cause n'a pas été du nombre de celles qui peuvent nous être révélées par nos connaissances actuelles en anatomie patnologique. Ce n'est pas d'ailleurs la seule fois que l'on a vu des convulsions survenir chez des individus atteints d'affections cérébrales ou autres, pendant que leur sang coulait. La perturbation qui, dans certaines conditions de l'économie, doit résulter pour les centres nerveux de la soustraction subite d'une certaine quantité de sang, peut expliquer les convulsions qui se montrent en pareille circonstance; nous savons bien que la déplétion générale du système sanguin ne s'oppose pas à ce que des hypérémies locales persistent ou se produisent; nous savons aussi qu'un certain degré de faiblesse peut en favoriser la formation; mais nous ne saurions admettre que ce soit par congestion cérébrale que se développent ces troubles si nombreux et si variés du système nerveux qu'on voit survenir à la suite des grandes pertes de sang, ou de tout affaiblissement de l'économie, quelle qu'en ait été la cause. Voyez, par exemple, cette femme qui vient d'éprouver une abondante perte utérine : anémique au plus haut degré, elle offre cependant une remarquable prédominance du système nerveux. Elle a de violentes palpitations; elle étouffe; tous ses sens ont acquis une susceptibilité telle que leurs excitans ordinaires lui sont devenus insupportables; ses muscles sont agités de petits mouvemens désordonnés; et souvent son intelligence se trouble. Est-ce à une congestion cérébrale qu'on rapportera ces symptômes? Il serait bien étonnant, sans doute, que le sang se fût ainsi accumulé dans le cerveau, au moment où il sort à flots de l'économie par les vaisseaux utérins. Non, il n'en est point ainsi, et si alors il nous était donné de voir le tissu nerveux, nous le trouverions, sans doute, dans

ce même état d'anémie que nous présentent pendant la vie le tissu cutané et toutes les parties du système muqueux que nous pouvons apercevoir ; il faut ici s'élever à d'autres considérations ; il faut reconnaître que les fonctions des organes, celles du cerveau comme de tous les autres, peuvent également se troubler, soit qu'ils reçoivent trop de sang, soit qu'ils n'en reçoivent plus assez. Un individu, affaibli par une abondante hémorrhagie, n'a-t-il pas des étourdissemens, des vertiges, comme celui dont l'encéphale est hypérémié? Ainsi la pléthore et l'anémie entraînent des désordres fonctionnels souvent identiques. Mais ce qu'il faut ajouter, c'est qu'il y a aussi un grand nombre de cas dans lesquels ces mêmes désordres de fonctions surviennent sans que rien démontre l'existence de la pléthore ou de l'anémie, de la force ou de la faiblesse, de la stimulation ou de l'état contraire ; il en est certainement ainsi dans beaucoup de névroses, où tout ce qu'on peut admettre, c'est une simple perversion des actes nerveux de l'état normal ; aussi, en pareil cas, la thérapeutique échouera-t-elle complètement, si elle ne se propose d'autre but que de fortifier ou d'affaiblir ; car il s'agit d'autre chose que d'une exubérance ou d'un manque de forces. Pour les convulsions, par exemple, nul doute que les unes ne tiennent à l'excitation cérébrale, soit que cette excitation soit purement locale, soit qu'elle se produise elle-même comme un des effets d'un état pléthorique général. Nul doute que d'autres convulsions ne soient liées à un état tout opposé des centres nerveux ; telles sont les convulsions qui suivent les grandes hémorrhagies ; telles sont encore celles qui surviennent chez les chlorotiques ; mais à laquelle de ces deux classes rapporterez-vous les convulsions de l'épilepsie ou celles de beaucoup d'hystéries? Sans doute elles surviennent sou-

vent chez des individus soit pléthoriques, soit anémiques, mais ces deux états de l'économie n'en sont évidemment que les causes occasionelles; le plus souvent même rien n'autorise à en admettre l'existence; la congestion cérébrale n'est évidemment ici que consécutive, et il n'y a de démontré qu'un état de perversion de l'acte nerveux qui préside au mouvement. Nous pourrons en dire autant de beaucoup de délires. Y a-t-il des lésions qui, appréciables par l'anatomie, puissent nous expliquer ces perversions si diverses de mouvement, de sentiment, d'intelligence? nous n'en connaissons pas dans l'état actuel de la science; mais, à cet égard, ne préjugeons pas de l'avenir. Il y a vraisemblablement beaucoup de lésions que le scalpel pourra nous faire découvrir. Il y en a certainement d'autres, aussi importantes, et peut-être plus nombreuses, qui ne sont plus du ressort de l'anatomie pathologique proprement dite, et à la découverte desquelles peuvent nous conduire d'autres moyens d'investigation. Je ne sais; mais il me semble, par exemple, que ce changement si remarquable que subit l'urine dans la plupart des véritables névroses doit se lier à une modification dans la composition du sang, modification qui précède ou en suit une autre dans l'agencement des molécules nerveuses. Nous trouvons donc quelque part, dans ces affections dites nerveuses, un changement matériel qui en suppose d'autres, et peut-être ces derniers sont-ils du nombre de ceux qui se révéleront quelque jour par les réactifs du chimiste, par l'électromètre ou par la balance du physicien.

Nous venons de passer en revue les grandes modifications que subit le mouvement, dans les cas de ramollissement des hémisphères cérébraux. Quant aux parties du corps dans lesquelles le mouvement se trouve lésé, elles varient pour

le ramollissement autant que pour l'hémorrhagie, et nous renvoyons à nos observations sur cette dernière affection pour toutes les questions relatives à la détermination du siége même de la paralysie, ou de tout autre désordre du mouvement. Ici seulement nous ferons remarquer que, parmi les observations de ramollissemens que nous avons rapportées, il en est plusieurs qui nous paraissent être une objection bien puissante à l'opinion de ceuxqui croyaient avoir découvert dans le cerveau les parties spéciales qui président aux mouvemens des membres supérieurs et inférieurs. Très vraisemblablement ces parties spéciales existent, puisque chaque membre peut isolément se convulsionner, se paralyser, etc.; mais ces parties spéciales nous paraissent être encore à découvrir, et nous ne connaissons rien qui puisse être aussi fatal à la belle doctrine de la localisation des fonctions cérébrales, que toutes les localisations prématurées qu'on a voulu faire dans ces derniers temps.

Il est quelques cas rares dans lesquels le ramollissement des hémisphères cérébraux est l'occasion de désordres dans le mouvement, différens de ceux dont nous avons parlé jusqu'à présent. Ainsi, chez quelques individus, nous avons noté des symptômes de tétanos, soit partiel, soit général; chez d'autres, des accidens épileptiques ont éte observés. M. le docteur Lélut a publié dans le n° de février 1830 du *Journal hebdomadaire*, l'histoire d'un homme qui, s'étant couché le soir bien portant, succomba pendant la nuit au milieu de violentes attaques d'épilepsie. A l'ouverture du corps, on trouva un ramollissement de la substance corticale, lequel s'étendait profondément dans la blanche; cette lésion existait vers la partie externe du lobe postérieur gauche du cerveau, et dans plusieurs circonvolutions du lobe moyen. Il est à remar-

quer que cet individu était depuis long-temps épileptique.

Les lésions du sentiment ont aussi leur importance, lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic du ramollissement du cerveau. Ces lésions peuvent avoir leur siége ou dans la tête elle-même, ou dans d'autres parties du corps.

La tête est souvent le siége d'une douleur, sur laquelle nous devons d'abord fixer notre attention.

Cette douleur, qui a été signalée par tous les observateurs, se montre en effet dans un très grand nombre de cas; mais elle est loin d'être constante, ainsi qu'on peut le voir en relisant les observations que nous avons citées.

Lorsqu'elle existe, elle se montre le plus souvent au début de la maladie; elle peut alors précéder tous les autres symptômes, et persister seule pendant un certain temps. Nous avons rapporté des cas dans lesquels des individus furent atteints de céphalalgie pendant quinze jours, vingt-cinq jours et même plus, sans présenter aucun autre dérangement dans leur santé. Ordinairement ce prodrôme, marqué par la céphalalgie seule, dure moins long-temps, depuis quelques heures jusqu'à cinq à six jours.

Il est d'autres cas où, dès son début, la céphalalgie est accompagnée d'accidens divers; mais tantôt ces accidens ne sont point encore du nombre de ceux qui caractérisent le ramollissement; tantôt, au contraire, ils sont de ceux qui peuvent servir à le faire reconnaître. Ainsi, chez quelques-uns de nos malades, nous avons vu la céphalalgie se compliquer, dès le moment de son apparition ou bientôt après, d'étourdissemens, de vertiges, de tintemens d'oreille, de rougeur insolite des yeux et de la face : ces symptômes n'annonçaient encore autre chose qu'une simple congestion cérébrale. Mais, d'autres fois, en même temps que survient la céphalalgie,

elle se complique, soit d'une diminution d'activité des facultés intellectuelles, soit d'une lésion quelconque du mouvement. Celle-ci peut être assez peu considérable pour que les maladies n'appellent pas eux-mêmes sur elle l'attention du médecin, tout absorbés qu'ils sont par leur douleur de tête.

Une fois survenue, la céphalalgie peut persister avec des degrés variables d'intensité; mais souvent elle cesse, à mesure que la lésion du mouvement se prononce davantage. Beaucoup de malades, qui avaient encore toute leur intelligence, nous ont assuré qu'à une certaine période de leur affection, ils n'avaient plus ressenti la moindre trace de ce mal de tête qui d'abord avait été pour eux la source de vives angoisses. Il ne faut pas croire, toutefois, que la céphalalgie n'existe plus chez tous les individus qui cessent de s'en plaindre : elle semble persister, par exemple, chez beaucoup de malades qui, plongés dans le délire ou dans un état comateux plus ou moins profond, portent sans cesse celle de leurs mains qui est restée libre vers la tête, et même vers un endroit particulier de cette tête. D'autres fois, lorsque leur intelligence n'est encore qu'obtuse, et qu'on leur demande s'ils souffrent quelque part, il arrive souvent que d'abord ils ne répondent rien; mais si on les presse, ils portent lentement à la tête le membre resté sain, et, dans bien des cas, c'est au côté de la tête opposé au membre dont le mouvement est lésé qu'ils vont appliquer la main. Ce signe, comme l'a déjà remarqué M. le professeur Rostan, est de la plus haute importance; il suffit presque seul, ajoute avec raison ce savant observateur, pour caractériser le ramollissement.

La substance cérébrale, que l'on peut couper, déchirer sur des animaux vivans, sans que ceux-ci manifestent de douleur notable, est donc susceptible, comme beaucoup d'autres

tissus, de devenir très sensible dans l'état morbide. Il n'en est point ici comme de l'inflammation du poumon qui ne s'accompagne de douleur un peu vive, que lorsque la plèvre est elle-même irritée. Dans le crâne aussi, l'inflammation aiguë ou chronique de la membrane séreuse s'accompagne d'une douleur dont nous avons tracé l'histoire dans un autre endroit de ce volume : mais cette douleur se montre également dans les cas où les méninges sont restées parfaitement saines, dans ceux mêmes où le ramollissement ne s'est produit qu'à une grande distance de la périphérie du cerveau. Ainsi c'est bien la pulpe cérébrale elle-même qui devient douloureuse. Mais pourquoi y a-t-il des cas, complètement identiques sous le rapport du siége et de la forme du ramollissement, qui diffèrent cependant sous le rapport de la douleur absente dans un de ces cas, présente dans l'autre ? C'est une question à laquelle on ne saurait répondre dans l'état actuel de la science. Remarquons seulement que la même différence se retrouve dans tous les autres organes, et que les maladies les plus douloureuses peuvent quelquefois se montrer complètement indolentes ; c'est ainsi que nous avons vu de vastes épanchemens de pus dans le péritoine nous permettre cependant de presser fortement les parois abdominales, sans qu'il en résultât aucune sensation pénible.

La céphalalgie, produite par le ramollissement du cerveau, n'a pas toujours le même siége : tantôt elle est répandue vaguement dans toute la tête, et ne peut en aucune façon indiquer le point où existe la maladie ; tantôt elle se montre bien dans un lieu circonscrit ; mais ce lieu ne correspond point au ramollissement ; c'est ainsi que chez plusieurs malades le front seul est douloureux, bien que ce soit loin de cette région que le cerveau ait perdu sa consistance. Mais

remarquez que dans une foule d'affections diverses, soit du cerveau, soit d'autres organes dont la souffrance retentit sur celui-ci, c'est aussi vers le front que la douleur se fait ressentir. Il y a donc là une sorte de lieu d'élection pour l'éveil de la sensibilité, quel que soit d'ailleurs le siége de la lésion. Tantôt, enfin, la céphalalgie est exactement limitée au point des parois du crâne qui correspond à la portion ramollie de la pulpe cérébrale. Il y a des cas dans lesquels, d'abord générale, la douleur ne se circonscrit qu'à une époque plus avancée de la maladie. D'autres fois, au contraire, du point où elle est habituellement fixée on la voit s'irradier, par intervalles, vers d'autres parties du crâne, se propager même à la nuque et jusque dans les membres thoraciques. Une de nos observations nous a offert un cas remarquable de ce genre.

Quant à l'intensité de cette céphalalgie, elle est très variable : plusieurs malades n'accusent qu'une pesanteur, une sorte de gêne, soit répandue dans tout le crâne, soit fixée en un point. Chez d'autres, au contraire, la douleur est plus vive, et parfois assez forte pour arracher des plaintes ou des cris. Elle n'a d'ailleurs aucun caractère particulier; chez certains malades, elle est lancinante; chez d'autres, elle est comme gravative. Un des sujets dont nous avons rapporté l'histoire la comparait à la douleur que produit une dent cariée. Une fille, dont le docteur Strambio de Milan a publié l'observation, éprouvait dans le côté droit de la tête la sensation d'un bruit violent. Il est clair qu'il doit y avoir autant de variétés à cet égard qu'il y en a dans la sensibilité même des différens individus. Il peut encore arriver que la douleur de tête, habituellement peu intense, s'exaspère par intervalles et quelquefois même d'une manière périodique.

Soit que la céphalalgie existe, soit qu'elle manque, diverses

parties du corps peuvent présenter dans leur sensibilité un certain nombre de modifications dont nous allons parler.

Nos observations nous montrent cette sensibilité, tantôt diminuée ou abolie, tantôt au contraire exaltée.

La diminution ou l'abolition de la sensibilité se remarque surtout dans la peau qui recouvre les membres paralysés. Dans la plupart des cas, cela n'arrive que lorsque déjà le mouvement s'est altéré; mais il est cependant des individus chez lesquels, long-temps avant l'apparition des symptômes caractéristiques du ramollissement, les extrémités des doigts d'une des mains ou d'un des pieds s'engourdissent, se refroidissent ou deviennent le siége de fourmillemens incommodes, puis, à mesure que s'établissent les lésions du mouvement, la sensibilité va en diminuant de plus en plus, et finit par s'éteindre.

Il est quelques cas plus rares dans lesquels, par intervalles, toute la peau du corps a pu présenter plus qu'une sensibilité fort obtuse, puis elle devient aussi impressionable qu'auparavant. Nous ne parlons pas ici des cas où existe un coma profond, et dans lesquels un des élémens de ce coma, si l'on peut ainsi dire, est l'insensibilité générale.

L'exaltation de la sensibilité est encore au nombre des phénomènes que produit assez souvent le ramollissement des hémisphères cérébraux : elle peut avoir pour siége, soit la peau seule, soit les parties situées au-dessous de la peau.

Le plus ordinairement l'exaltation de la sensibilité cutanée ne s'étend pas au-delà des parties dans lesquelles le mouvement lui-même est altéré. Cette peau devient parfois tellement sensible qu'une pression légère, exercée sur elle, arrache des cris, et amène dans le membre de petites secousses convulsives.

Dans quelques cas plus rares, la peau de tout le corps devient douloureuse : il semble à certains malades que des milliers d'aiguilles leur percent la peau ; chez d'autres, elle est le siége d'un sentiment vif de brûlure : le moindre frottement, souvent même le moindre contact leur est insupportable.

Avec toutes les conditions possibles de la sensibilité cutanée, soit qu'elle persiste à l'état normal, soit qu'on la trouve exaltée ou abolie, les parties situées au-dessous de la peau peuvent devenir le siége de vives douleurs. Celles-ci coïncident assez souvent avec une simple paralysie. D'autres fois, et ce second cas est plus commun, elles accompagnent la contracture ; elles deviennent beaucoup plus vives, lorsqu'on cherche à imprimer au membre quelque mouvement ; elles cessent souvent, long-temps avant la contracture. Elles se transforment parfois en véritables crampes, et ont alors leur siége manifeste dans le tissu musculaire.

Ces douleurs des membres précèdent quelquefois de long-temps les autres symptômes du ramollissement. C'est ce que nous avons vu chez le sujet de notre observation XVI, qui nous paraît fort remarquable sous ce rapport. Le ramollissement du cerveau pourrait ainsi parfois simuler à son début, soit une affection rhumatismale, soit certaines névralgies.

Ici encore se reproduit la même question que celle que nous avons posée à propos de la céphalalgie. Pourquoi les douleurs manquent-elles dans certains cas de ramollissemens ? Pourquoi existent-elles dans d'autres ? Nous avons recherché la cause de cette différence dans la différence même du siége de la lésion, et nous ne l'avons pas trouvée. Nous n'avons pas pu davantage nous en rendre compte, soit par l'étendue de cette lésion, soit par la diversité de sa nature ; ainsi

il ne nous a pas paru que les ramollissemens rouges fussent, plus ou moins que les autres, accompagnés de douleurs. Que dire maintenant de ces expériences desquelles on a cru pouvoir conclure que la lésion de certaines parties de l'encéphale entraînait une modification dans la sensibilité? Ici encore, certainement, les conclusions ont été prématurées. Retranchons-nous donc dans l'hypothèse de la disposition individuelle jusqu'à ce que ce mot qui, partout où on le place, est un voile dont on couvre une lacune, disparaisse devant de nouvelles recherches; car nous sommes loin de désespérer qu'un jour on ne parvienne à expliquer par la lésion spéciale de certaines fibres cérébrales toutes ces variétés de symptômes; mais il faut savoir attendre.

Les organes des sens se sont en général montrés intacts, excepté dans le cas de coma, chez les sujets dont nous avons publié l'observation.

Chez un malade cependant (obs. x) la vue se perdit du même côté que la paralysie des membres, à une époque où il jouissait encore de toute son intelligence.

Pour compléter le tableau des différens symptômes que présentent les sujets atteints de ramollissement du cerveau, nous avons encore à parler de l'état dans lequel on trouve chez eux les diverses fonctions de la vie organique.

La digestion n'est point, en général, troublée; la langue conserve son aspect naturel sous le double rapport de sa couleur et de son humidité. On ne voit survenir de vomissemens que chez un petit nombre d'individus. Chez un de nos malades cependant, c'est par des vomissemens que débuta la maladie. La faim subsiste, quand la maladie est chronique; le ventre est indolent, nullement ballonné; il y a le plus ordinairement un certain degré de constipation.

Ajoutons que, lorsque le ramollissement a une marche chronique, il est assez fréquent de voir survenir, pendant son cours, des signes d'une irritation gastro-intestinale plus ou moins intense, qui jette rapidement les malades dans une prostration profonde, et les entraîne prématurément au tombeau. On retrouvera, dans nos observations particulières, les symptômes variés par lesquels s'annonce cette irritation intercurrente.

La circulation est loin d'être toujours modifiée de la même manière chez les individus atteints de ramollissement du cerveau. On peut s'en convaincre, en résumant sous ce rapport nos trente-trois observations. Si d'abord nous y cherchons quelles sont les modifications qu'a éprouvées le pouls sous le rapport de sa fréquence, nous trouverons que sur vingt-huit cas dans lesquels cette fréquence a été notée, il y en a dix-huit dans lesquels le pouls a présenté une accélération non douteuse, et dix dans lesquels il avait conservé la fréquence de l'état normal; dans aucun cas nous ne l'avons trouvé plus lent que dans l'état physiologique. Des dix-huit cas où le pouls a été accéléré, il faut en défalquer huit où existaient des complications qui peuvent avoir eu une grande part dans l'accélération du pouls. Il nous reste donc un nombre égal de cas dans lesquels le pouls est resté naturel sous le rapport du nombre de ses battemens, et de cas dans lesquels son accélération ne peut avoir été causée que par l'affection cérébrale, puisque c'était la seule maladie qui existait. Dans ces deux séries de cas, trouverons-nous des différences qui nous expliqueront celle du pouls? Il nous a paru que l'existence ou l'absence de l'accélération du pouls dépendait uniquement des dispositions individuelles, puisque, dans des cas d'ailleurs identiques, tantôt elle existe, et tantôt elle manque.

Sur trente-huit cas consignés dans l'ouvrage de M. Rostan, il y en a douze dans lesquels la fréquence du pouls n'a pas été notée, quatre dans lesquels il ne s'est point accéléré, un seul où il s'est ralenti, dix-neuf dans lesquels il s'est montré plus fréquent que dans l'état physiologique, et deux enfin dans lesquels le pouls, d'abord fréquent, est redevenu lent vers la fin de la maladie. Parmi les dix-neuf cas où le pouls s'est accéléré, nous nous sommes assurés qu'il y en avait la majeure partie dans laquelle la fréquence du pouls ne pouvait pas s'expliquer par quelque complication. Aussi, en face de ces résultats, M. Rostan s'est-il gardé d'attacher à la considération du pouls une grande valeur pour établir la diagnostic; elle peut seulement, ajoute-t-il, nous guider dans l'emploi des moyens thérapeutiques, et en cela nous partageons complètement sa manière de voir.

MM. Lallemand et Bouillaud ont établi, au contraire, en principe que l'inflammation du cerveau, en la supposant exempte de toute complication, n'exerce aucune influence sur la circulation. Les faits particuliers qu'ils ont cités ne militent point cependant en faveur de cette assertion, qui nous paraît être beaucoup trop générale.

Dans un très grand nombre d'observations de M. Lallemand, il n'est pas question de l'état du pouls. Nous n'en avons noté que trente-huit dans lesquelles le pouls ait été étudié sous le rapport de sa fréquence. Il y en a cinquante-neuf où l'on n'en parle pas. Parmi les trente-huit cas où le nombre des pulsations artérielles est indiqué, il y en a dix-huit où le pouls est noté comme fréquent pendant tout le cours de la maladie; il y en a cinq dans lesquels le pouls d'abord normal, est devenu fréquent à une époque plus avancée de l'affection; il y en a neuf dans lesquels, au con-

traire, le pouls a présenté dans un temps donné moins de battemens qu'à l'état normal; enfin, dans six cas seulement, le pouls avait sa fréquence physiologique.

Dans dix-neuf observations rapportées par M. Bouillaud, le pouls n'a pas été noté, sous le rapport de sa fréquence, cinq fois; il s'est montré lent deux fois; alternativement lent et fréquent une fois; d'abord lent, puis fréquent deux fois; fréquent neuf fois.

Dans un certain nombre des cas de MM. Lallemand et Bouillaud, mais non pas dans tous, il existait des complications d'où pouvait dépendre la fréquence du pouls.

Enfin, sur quarante cas de ramollissement du cerveau épars dans divers ouvrages ou journaux, et dont l'authenticité nous a paru non douteuse, nous en avons trouvé seize où il n'est pas question du pouls sous le rapport de sa fréquence, six où il n'est ni ralenti ni accéléré, trois où il est plus lent que dans l'état normal, quatre où, d'abord lent, il se montre fréquent vers la fin de la maladie, huit où il est constamment fréquent, trois où il présente les variations les plus grandes.

En résumé, sur deux cent vingt-sept cas de ramollissement des hémisphères cérébraux, soit simples, soit avec hypérémie, soit avec commencement d'épanchement sanguin, soit enfin avec sécrétion purulente, le pouls, sous le rapport du nombre de ses battemens, a présenté les variétés que reproduit le tableau suivant :

Pouls normal........................	26 fois.
Pouls ralenti.......................	15
Pouls accéléré......................	72
Pouls d'abord normal, puis fréquent...	10
Pouls d'abord fréquent, puis ralenti...	2

37 *

Pouls n'ayant pas été noté sous le rapport de sa fréquence.................... 97

Quant à la force du pouls, elle a beaucoup varié dans nos observations, comme dans celles publiées par d'autres auteurs, et à cet égard il n'y a rien de spécial pour le ramollissement du cerveau. Nous en dirons autant de son rhythme, qui ne nous a paru modifié que rarement, dans les cas qui nous sont propres; dans ceux publiés par MM. Lallemand et Rostan, le pouls est, au contraire, noté assez souvent comme étant irrégulier ou intermittent. N'y avait-il pas beaucoup de ces cas dans lesquels existait une affection du cœur?

Le trouble que subit, dans la peau de la face, la circulation capillaire, n'a rien de constant. Chez quelques-uns le visage n'offre aucune coloration insolite; chez d'autres elle est pâle; chez un certain nombre, elle offre une rougeur plus ou moins intense; parfois on le voit pâlir et rougir tour à tour. Toutes ces variétés de coloration ne nous semblent être d'aucune valeur, soit pour reconnaître le ramollissement, soit pour le distinguer d'autres affections cérébrales.

La respiration est souvent influencée par le ramollissement des hémisphères cérébraux. C'est par elle que meurent un certain nombre d'individus atteints de cette maladie. La respiration peut se troubler de l'une ou de l'autre des trois manières suivantes :

Dans le cas où la marche du ramollissement est très aiguë, où il s'accompagne de symptômes dits apoplectiques, la respiration se modifie dès le principe; elle s'accélère sur-le-champ, et devient stertoreuse, comme dans les cas de fortes hémorrhagies cérébrales.

Lorsque le ramollissement a, au contraire, une marche fort lente, la respiration ne se trouble pas d'abord, mais peu à peu elle devient gênée, irrégulière; il est évident, en observant la manière dont s'accomplissent les mouvemens d'inspiration et d'expiration, que les fonctions du poumon n'ont plus lieu comme dans l'état normal; et insensiblement on voit s'établir une sorte d'asphyxie lente au milieu de laquelle succombe le malade. C'est alors que surviennent souvent des eschares sur les différens points de la peau qui sont soumis à une compression faible, mais prolongée.

Enfin, il est beaucoup de cas intermédiaires dans lesquels le ramollissement n'a une marche ni aussi rapide ni aussi lente que dans les deux séries précédentes, et où la respiration peut encore présenter des modifications remarquables. Nous avons vu un certain nombre d'individus chez lesquels la respiration ne s'était en aucune façon troublée depuis le commencement de la maladie, qui datait de plusieurs jours; puis, tout à coup, sans cause connue, elle s'accélérait, devenait très gênée; du râle se faisait entendre dans tous les points de la poitrine, et les malades succombaient rapidement dans un état d'asphyxie; et cependant, peu d'heures auparavant, on était loin de pouvoir soupçonner chez eux une terminaison aussi promptement fatale. En pareil cas, la lésion du système nerveux va tout à coup exercer sur l'appareil respiratoire une influence que celui-ci n'avait pas d'abord ressentie; et c'est en troublant la respiration que l'affection du cerveau produit la mort. Mais qui pourra dire quel est le changement tout à coup survenu dans les centres nerveux, pour que la fonction pulmonaire, libre jusqu'alors, soit en quelques instans si profondément troublée?

Nous n'avons rien à dire sur les sécrétions, que nous n'avons vues modifiées d'une manière particulière dans aucun cas de ramollissement cérébral.

Nous venons de passer en revue les différens symptômes qui accompagnent le ramollissement des hémisphères cérébraux. Ces symptômes s'associent ou se succèdent suivant des modes divers, d'où résultent, pour une même lésion anatomique, des formes symptomatiques différentes, dont nos observations particulières et le résumé qui les a suivies ont pu donner une idée assez précise. Revenons encore sur ce sujet important.

Le ramollissement des hémisphères cérébraux peut avoir un prodrôme. Celui-ci est constitué, soit par les différens phénomènes qui appartiennent à la congestion cérébrale, soit par de la céphalalgie sans autre symptôme concomitant, soit par des troubles légers du côté du sentiment ou du mouvement, comme l'engourdissement ou la faiblesse d'un membre, et autres accidens de ce genre dont nous avons parlé.

Il serait difficile de dire dans quel état est le cerveau, chez les individus qui, pendant un temps souvent très long, présentent pour unique phénomène une céphalalgie, à laquelle, plus tard, viendront se joindre d'autres symptômes.

Le ramollissement du cerveau peut à son origine et dans son cours se comporter à la manière des maladies chroniques ou des maladies aiguës.

Dans le premier cas, on observe ce qui suit : en même temps qu'existe ou non un mal de tête qui présente les variétés de nature, de siége et d'intensité que nous avons indiquées, les malades s'aperçoivent qu'un ou deux membres d'un côté du corps sont plus faibles que ceux du côté opposé ; ces membres leur paraissent comme engourdis ; d'au-

tres fois ils sont douloureux ; peu à peu cette simple faiblesse se change en une vraie paralysie ou en contracture. Au commencement, l'intelligence peut avoir conservé toute son intégrité ; mais il est rare que plus tard elle ne devienne pas au moins obtuse. Cependant la paralysie ou la contracture persistent ; peu à peu l'affection du cerveau va exercer une influence de plus en plus profonde sur les différens actes de la vie organique : la respiration s'altère ; l'hématose ne se fait plus qu'incomplètement ; les fonctions digestives se troublent ; le mouvement nutritif général se détériore, et les individus succombent, soit dans une sorte d'asphyxie lente, soit dans un état adynamique, soit par l'effet de quelque phlegmasie intercurrente qui, en pareil cas, se traduit surtout par des symptômes de prostration. Quelquefois, à une époque plus ou moins éloignée du début, la maladie, chronique jusqu'alors, prend tout à coup une forme aiguë ; ce qui peut dépendre, ou du seul fait de l'extension subite du ramollissement, ou d'une congestion sanguine qui s'opère dans son sein ou autour de lui : cela peut encore dépendre de ce qu'autour du cerveau les méninges se sont enflammées, ou bien encore de ce que plus ou moins loin du ramollissement primitif, un autre ramollissement a pris naissance, ou une hémorrhagie s'est produite. Dans ces cas divers, on voit apparaître les symptômes de la forme aiguë du ramollissement, ou de l'une des complications que nous venons de signaler, et c'est par elles que succombent les malades.

Occupons-nous maintenant du second cas que nous avons supposé, de celui où le ramollissement du cerveau débute et marche comme une maladie aiguë.

Il s'en faut que, dans ce cas même, l'on observe toujours

des symptômes identiques. De la diversité de ceux-ci résultent deux formes principales : l'une dans laquelle le ramollissement du cerveau se rapproche beaucoup, par les désordres fonctionnels qu'il produit, d'une hémorrhagie cérébrale, et l'autre dans laquelle il se traduit par les symptômes qui caractérisent ordinairement l'inflammation aiguë des méninges.

Dans la première forme, le mouvement est tout à coup altéré à un haut degré dans l'un des côtés du corps : tantôt cette altération du mouvement consiste en une simple hémiplégie ; tantôt les membres, privés de mouvemens volontaires, sont contracturés, ou bien ils sont le siége de mouvemens convulsifs, soit passagers, soit continuels. Au milieu de ces graves désordres de la locomotion, l'intelligence reste souvent intacte, et la sensibilité est à peine lésée. Mais d'autres fois, en même temps que survient l'une ou l'autre des lésions du mouvement que nous venons de signaler, les malades perdent subitement connaissance, comme dans le cas où une vaste hémorrhagie vient de se produire au sein d'un des hémisphères : il peut arriver que cette perte de connaissance persiste, qu'un coma de plus en plus profond s'établisse, et que les malades succombent promptement dans cet état. D'autres fois la connaissance revient, l'état comateux se dissipe ; mais l'intelligence reste lésée à divers degrés, et au bout d'un temps plus ou moins long, les malades succombent comme les précédens, soit après qu'ils sont retombés dans un nouveau coma, soit en délirant, soit après que l'affection, d'abord aiguë, a passé à l'état chronique et a produit la série de désordres fonctionnels indiqués dans l'un des précédens paragraphes.

La seconde forme principale, que peut revêtir le ramollis-

sement du cerveau, quand il marche comme les maladies aiguës, est celle, avons-nous dit, dans laquelle il présente des symptômes plus ou moins analogues à ceux de la méningite. Nos trois dernières observations nous ont offert des exemples remarquables de cette forme, beaucoup plus rares que les autres. Après un prodrôme marqué surtout par de la céphalalgie, ou sans ce prodrôme, les malades sont pris tout d'abord d'un délire qui persiste, ou qui est bientôt remplacé par du coma; en même temps, ou peu après, l'on observe des désordres variés dans le mouvement, tels que des soubresauts de tendons, des mouvemens convulsifs partiels ou généraux. Dans tout cela, il n'y a rien encore qui caractérise le ramollissement du cerveau; mais bientôt le désordre du mouvement porte spécialement sur un côté : rarement observe-t-on alors une simple paralysie; c'est bien souvent la contracture des membres qu'on voit apparaître. Cependant les symptômes vont sans cesse en s'aggravant, et les malades succombent rapidement, soit lorsque persiste encore la période d'excitation, soit lorsqu'à celle-ci a succédé un état d'affaissement et de coma.

Tels sont les principaux groupes de symptômes par lesquels peut se traduire le ramollissement des hémisphères cérébraux, simulant ainsi, tantôt une production accidentelle développée dans le cerveau, tantôt une hémorrhagie, tantôt quelques variétés de la méningite aiguë. Nous avons vu toutefois que, s'il y a des cas où il est à peu près impossible de distinguer le ramollissement cérébral d'avec ces différentes maladies, il en est d'autres plus nombreux dans lesquels, soit dans son début, soit dans sa marche, soit dans ses symptômes, le ramollissement offre des signes qui ne permettent guère de le confondre avec aucune autre affection.

Le ramollissement des hémisphères cérébraux a ordinairement une marche telle, que ses symptômes vont progressivement en augmentant d'intensité : il est cependant des cas dans lesquels ces symptômes, d'abord très graves, s'amendent ensuite d'une manière notable. C'est ce qu'on peut observer, par exemple, lorsque le ramollissement débute par une perte plus ou moins subite de connaissance avec des troubles variés du mouvement ; ceux-ci persistent, mais souvent la connaissance revient, ainsi que cela arrive aussi dans beaucoup de cas d'hémorrahagies cérébrales. Notre observation x nous a montré un cas plus rare : c'est celui d'une disparition presque complète de la lésion du mouvement et des autres symptômes de l'affection cérébrale, bien que l'ouverture du corps nous ait prouvé que celle-ci était fort loin d'être guérie. Dans ce cas, le ramollissement, parvenu à une certaine période de son existence, avait revêtu une forme latente, comme elle l'avait toujours été chez les sujets de nos quatre premières observations.

La durée du ramollissement du cerveau n'est pas facile à déterminer dans un assez grand nombre de cas ; souvent, en effet, il est impossible d'assigner le moment précis auquel la maladie a commencé. Il est des individus qui, bien long-temps avant de présenter les symptômes caractéristiques du ramollissement, ont éprouvé du côté du cerveau des accidens variés, qui ne paraissent pas encore indiquer l'existence d'un ramollissement, et qui peuvent tout au plus le faire craindre : ces accidens précurseurs peuvent se montrer pendant plusieurs mois, et même pendant plusieurs années. Dans le cas où une hémorrhagie cérébrale a eu lieu plus ou moins long-temps avant le ramollissement, les symptômes de la première affection, comme l'a fort bien remarqué M. le profes-

seur Rostan, se confondent, dans leur période décroissante, avec les accidens qui se lient au début de la seconde maladie. Un exemple frappant de cette difficulté nous est offert dans la sixième observation de l'ouvrage de M. Rostan : il s'agit dans cette observation d'une femme chez laquelle un ramollissement se forma autour d'un ancien épanchement sanguin. Cette femme, âgée de 67 ans, à l'époque où elle entra à l'infirmerie de la Salpêtrière, avait eu à l'âge de 36 ans une attaque d'apoplexie; elle avait conservé depuis ce temps de vives douleurs dans le bras droit, qui persistèrent jusqu'au jour où, à la suite d'une rixe, elle fut prise d'un mal de tête auquel succédèrent bientôt des symptômes plus tranchés de ramollissement cérébral. Chez un autre malade, qui fait le sujet de la deuxième observation de M. Rostan, une attaque d'apoplexie avait eu lieu à l'âge de 78 ans; elle recouvra au bout d'un mois l'usage de ses membres : mais elle resta sujette à des vertiges, et tous les ans, jusqu'à l'âge de 82 ans, elle eut une forte congestion cérébrale avec perte de connaissance; puis son intelligence s'affaiblit; plus tard encore elle éprouva de la faiblesse et des engourdissemens dans les membres gauches; et enfin elle éprouva une dernière perte de connaissance, qui fut bientôt suivie de la mort : l'ouverture du corps montra dans l'hémisphère cérébral droit un ancien foyer apoplectique et un ramollissement considérable.

Nous avons fait un relevé d'un certain nombre d'observations sur le ramollissement des hémisphères cérébraux dans lesquelles le temps écoulé depuis l'invasion de la maladie jusqu'à sa terminaison a pu être rigoureusement déterminée : nous en avons trouvé cent cinq de ce genre. Voici ce que nous ont appris nos recherches sur la durée de la maladie dans ces cent cinq cas.

Durée de la maladie :

12 heures	dans	1	cas.
15 heures	....	1	
24 heures	....	1	
32 heures	....	1	
2 jours	....	5	
3 jours	....	9	
4 jours	....	5	
5 jours	....	4	
6 jours	....	7	
7 jours	....	8	
8 jours	....	8	
9 jours	....	3	
10 jours	....	5	
12 jours	....	4	
13 jours	....	2	
15 jours	....	3	
16 jours	....	1	
17 jours	....	2	
18 jours	....	4	
20 jours	....	5	
21 jours	....	3	
22 jours	....	1	
23 jours	....	1	
25 jours	....	1	
29 jours	....	1	
30 jours	....	4	
35 jours	....	1	
36 jours	....	1	
47 jours	....	1	
49 jours	....	1	

60 jours	dans	2 cas.
65 jours	....	1
68 jours	....	1
190 jours	....	1
120 jours	....	1
5 mois	....	1
6 mois	....	2
1 an	....	1
3 ans	....	2

Le fait capital qui ressort de ce tableau, c'est que le ramollissement du cerveau est beaucoup plus souvent par sa durée une maladie aiguë qu'une maladie chronique. Nous voyons de plus que très peu d'individus succombent avant le deuxième jour; le plus grand nombre meurt, au contraire, entre le deuxième et le douzième jour. A la fin du premier mois, des cent cinq sujets frappés de ramollissement, il n'en reste plus que seize qui survivent; après le deuxième mois écoulé, il n'en reste plus que dix; après le troisième mois, sept individus seulement survivent encore; et parmi ceux-ci, il y en a deux qui résistent pendant trois années à la lésion grave qui a frappé leur cerveau. Du moins, après la mort, trouve-t-on dans celui-ci un ramollissement, et les accidens rapportés à cette altération duraient depuis trois ans.

Jusqu'à présent nous avons toujours supposé que le ramollissement des hémisphères cérébraux se terminait d'une manière fatale. Peut-il cependant se terminer d'une manière heureuse? Il faudrait, pour pouvoir l'affirmer, que les symptômes auxquels il donne naissance fussent tellement caractéristiques que le seul fait de leur manifestation ne permît pas plus de douter de l'existence d'un ramollissement cérébral, que les crachats rouillés et le souffle bronchique ne per-

mettent de douter de l'existence d'une pneumonie. Nous avons vu des cas dans lesquels existaient tous les signes qui paraissent le mieux caractériser un ramollissement du cerveau, et cependant l'autopsie cadavérique ne nous montra dans cet organe ni ramollissement ni aucune autre lésion appréciable. Nous avons cité précédemment des exemples de simple congestion cérébrale, accompagnée de symptômes semblables à ceux du ramollissement : nous avons vu aussi quelquefois une simple injection partielle d'un des hémisphères donner lieu aux accidens par lesquels se traduit ordinairement ce même ramollissement. M. Bouillaud a cité des cas de ce genre fort remarquables. La première observation, par exemple, qu'il a consignée dans son *Traité de l'encéphalite*, est relative à un homme qui, à la suite d'un coup porté sur le crâne, fut pris de céphalalgie, d'un trouble de plus en plus prononcé dans l'intelligence, de paralysie progressive des membres gauches avec rigidité et douleur : à l'ouverture du corps, on ne trouva autre chose qu'une rougeur vive, sablée, d'une partie de l'hémisphère cérébral droit. Or, dans de pareils cas, l'hypérémie peut fort bien cesser, et la santé se rétablir. Ce sont des faits de cette nature qui déjà avaient engagé M. Rostan à ne pas se prononcer sur la question de savoir si le cerveau, une fois privé de sa consistance normale, peut la recouvrer. Cette réserve nous paraît commandée par l'état actuel de la science, et nous ne croyons pas que M. Lallemand ait suffisamment démontré, par les cas qu'il a cités, que l'induration circonscrite d'un des hémisphères est quelquefois l'indice d'un ramollissement qui a guéri. Ce sont là de belles recherches à poursuivre, mais qui ne pourront conduire à quelque résultat, qu'à la condition que l'on s'efforcera d'abord de perfec-

tionner de plus en plus le diagnostic du ramollissement du cerveau.

La mort qui est la terminaison, au moins si ordinaire de cette affection, peut résulter du simple trouble que le ramollissement d'une partie du cerveau produit dans les fonctions de cet organe, et nous avons vu qu'il fallait souvent un ramollissement bien peu étendu pour jeter dans ces fonctions le trouble le plus grand. Le ramollissement peut ainsi persister très long-temps, sans qu'aucune autre lésion vienne le compliquer. Mais, d'autres fois, la mort est produite ou hâtée par une de ces complications : nous les avons précédemment indiquées. Les observations de M. Lallemand ont prouvé qu'un grand nombre de ramollissemens pouvaient se terminer, soit par des épanchemens de sang au sein de la partie ramollie, soit par une sécrétion de pus qui reste à l'état d'infiltration, ou qui se rassemble en abcès. Quelquefois une hémorrhagie se fait en un autre point du cerveau que celui qui est ramolli, et c'est par elle que succombe le malade : nous en avons cité un exemple. Dans d'autres circonstances, c'est une affection intercurrente des méninges qui vient hâter la mort ; il peut aussi se faire que celle-ci soit le résultat d'un nouveau ramollissement qui se produit plus ou moins loin du premier. Enfin, dans les cas surtout où le ramollissement a une marche chronique, des inflammations de différens organes, et spécialement du poumon ou du tube digestif, s'ajoutent à la maladie cérébrale, et sont la cause de la mort.

S'il était suffisamment démontré que le ramollissement du cerveau n'est qu'une des formes ou un des degrés de l'inflammation de cet organe, les indications thérapeutiques seraient toujours faciles à poser ; il faudrait faire, dans tous les cas,

un traitement antiphlogistique, en ayant soin seulement de proportionner son énergie à la force du sujet, à sa constitution, à la nature des symptômes, etc. Dans l'impossibilité où nous sommes de nous prononcer dans tous les cas sur la nature du ramollissement, qu'avons-nous à faire? Nous croyons qu'ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, les indications nous sont fournies moins par la nature même de la maladie, que par les symptômes qui l'accompagnent et par l'état général de l'économie, ou, si vous voulez, par celui des grands appareils qui dominent et influencent tous les autres. Supposons, par exemple, ainsi que cela arrive bien souvent, que le ramollissement du cerveau soit accompagné de tous les signes d'une hypérémie active du cerveau, que le pouls soit fort et développé, etc., ce sera là le cas sans doute d'employer un certain nombre d'émissions sanguines. Un délire intense, l'agitation, les mouvemens convulsifs, la raideur ou la contracture des membres, une céphalalgie violente, sont autant de circonstances qui en réclament l'emploi; et encore faut-il y mettre une certaine mesure. Nous avons vu, chez plus d'un malade, des saignées répétées et abondantes être suivies d'une augmentation notable des accidens cérébraux, d'un affaissement qui allait sans cesse en augmentant; nous avons vu, en pareil cas, le pouls devenir irrégulier, la respiration s'embarrasser, la face prendre une teinte livide, etc.

Il ne nous est pas démontré que la saignée ait été jamais utile dans ces cas assez nombreux, où le ramollissement ne s'accompagne plus d'aucun signe de congestion cérébrale, où le pouls a peu de développement, et où la maladie commence, d'une manière lente, par une diminution graduelle du mouvement et du sentiment. Rien ne nous prouve non plus que les émissions sanguines aient quelque influence, si

ce n'est en mal, sur l'espèce d'affaissement que présente l'intelligence chez beaucoup d'individus atteints d'un ramollissement des hémisphères. Dans ces cas divers, des sangsues appliquées de temps en temps à l'anus nous semblent préférables à l'ouverture de la veine; on peut aussi les placer aux apophyses mastoïdes. Des ventouses sèches appliquées vers la base du crâne, un séton à la nuque, des révulsifs portés sur les extrémités inférieures, nous paraissent les moyens surtout indiqués. A l'intérieur, de doux toniques peuvent aussi avoir leur avantage; et, dans le dernier cas que nous venons de supposer, nous penserions être utiles aux malades, en leur administrant journellement diverses préparations de fer ou de quinquina. En admettant même que tout ramollissement cérébral est une encéphalite, soit aiguë, soit chronique, cette opinion ne nous ferait pas reculer devant la thérapeutique que nous venons d'indiquer : car pour faire disparaître dans certains cas, pour enrayer simplement dans d'autres une inflammation, il ne suffit certainement pas de l'attaquer, soit par des émissions sanguines, soit par des révulsifs : il faut bien souvent maintenir les forces vitales à un certain taux au-dessous duquel l'inflammation ne peut plus se résoudre. On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de la tendance qu'ont beaucoup de phlegmasies à passer à l'état chronique ou à la désorganisation des tissus, lorsqu'on ne leur a pas opposé à leur origine des émissions sanguines suffisantes; mais d'un autre côté il ne faut pas oublier que des pertes de sang trop considérables peuvent avoir précisément le même effet que des pertes de sang insuffisantes. On a aussi insisté, et avec grande raison, sur cette fausse adynamie qu'amènent à leur suite, par le seul fait de leur intensité, beaucoup d'inflammations. Nous admettons complètement cette manière

de voir, si admirablement développée par M. Broussais ; mais nous admettons aussi une autre adynamie, qui n'est plus simulée, dont les symptômes sont l'expression réelle du défaut de forces de l'économie, qui ne dépend plus de l'intensité de l'inflammation à propos de laquelle elle s'est montrée, mais bien des conditions d'innervation et d'hématose dans lesquelles cette inflammation a trouvé l'économie.

ORDRE QUATRIÈME.

OBSERVATIONS SUR L'HYPERTROPHIE DES HEMISPHÈRES CEREBRAUX.

Cette altération, assez rare, a jusqu'à présent peu fixé l'attention des observateurs. M. le professeur Bouillaud, dans son *Traité de l'encéphalite*, et Dance dans un mémoire spécial publié sur ce sujet, sont les seuls auteurs, à notre connaissance, qui aient publié sur elle quelques observations ; ajoutons encore à ces noms celui du docteur Scoutetten, à qui l'on doit aussi la connaissance d'un cas de ce genre des plus remarquables (2).

L'hypertrophie des hémisphères cérébraux doit être distinguée d'une autre affection dans laquelle ces parties sont aussi augmentées de volume, mais par simple hypérémie ; pour peu qu'elle soit considérable, cette hypérémie produit en effet, dans le cerveau comme ailleurs, une tuméfaction des parties où elle existe ; nous en avons cité des exemples en traitant des congestions cérébrales ; mais ce n'est pas là le caractère de la véritable hypertrophie. Nous en avons assigné ailleurs le caractère (3).

L'hypertrophie du cerveau doit être non seulement distinguée de sa simple hypérémie ; mais encore il faut bien savoir que la première n'entraîne pas nécessairement l'exis-

(1) *Répertoire d'anatomie pathologique*, publié par Breschet, 1828.

(2) *Archives générales de médecine*, tome VII, pag. 31.

(3) *Précis d'anatomie pathologique*, tom. I et II. *Voyez* aussi sur ce point le *Traité de l'encéphalite* de M. Bouillaud.

tence de la seconde, et que c'est même le plus souvent le contraire. Toutes les fois, en effet, que nous avons trouvé sur le cadavre un cerveau véritablement hypertrophié, et pas seulement augmenté de volume par hypérémie, il était en même temps d'une pâleur remarquable; les observations de Dance donnent le même résultat.

On peut d'ailleurs admettre en théorie qu'une des conséquences de la répétition fréquente de l'hypérémie cérébrale, peut être la production d'une hypertrophie; notons cependant que nous n'avons pas rencontré cette dernière lésion chez un certain nombre d'individus dont nous avons examiné les cadavres, et qui, depuis long-temps, étaient sujets aux congestions cérébrales.

On peut aussi penser qu'une grande activité dans l'exercice des fonctions cérébrales peut également produire, à la longue, un excès de développement dans l'organe qui accomplit ces fonctions. Est-il aussi présumable que l'hypertrophie qu'on a trouvée comme unique lésion chez un certain nombre d'épileptiques n'ait pas existé au commencement de la maladie, et n'ait été elle-même que l'effet de la violente perturbation que subit le cerveau, au retour de chaque accès d'épilepsie?

En même temps que le cerveau, en s'hypertrophiant, tend à occuper un plus grand espace, la boîte osseuse qui le renferme peut ne pas augmenter de dimension, ou bien s'agrandir à mesure que le cerveau lui-même se développe. Dans les observations connues jusqu'à présent, le premier cas s'est rencontré plus souvent que le second. Il s'ensuit que dans la plupart des cas d'hypertrophie du cerveau, celui-ci doit être soumis à une compression habituelle plus ou moins considérable; on conçoit combien en pareille circonstance

doit être plus grave l'intervention d'une légère hypérémie. Au lieu de produire de la céphalalgie ou des étourdissemens, elle peut déterminer les accidens les plus graves, ramener, par exemple, un accès d'épilepsie; elle peut en quelques instans donner la mort. On le concevra facilement, si on se rappelle les caractères anatomiques de l'hypertrophie du cerveau, tels que nous les avons exposés dans notre précis d'anatomie pathologique, et tels qu'on les retrouvera dans les observations particulières que nous citerons plus bas.

On n'a pas vu jusqu'à présent l'hypertrophie du cerveau atteindre des sujets âgés de plus de 35 ans; les cas que nous rapporterons, et ceux qui ont été publiés par d'autres sont relatifs à des individus âgés surtout de 20 à 30 ans; toutefois, on l'a également observée dans l'enfance; un des cas que nous citerons a pour sujet un enfant âgé de 9 ans, et l'individu dont M. Scoutetten a relaté l'observation n'avait que 5 ans.

L'hypertrophie des hémisphères cérébraux n'a été quelquefois accompagnée d'aucun syptôme; c'est lorsque les parois du crâne se développent dans le même rapport que le cerveau. Tel était le cas de l'enfant dont M. Scoutetten nous a fait connaître l'histoire. Cet individu, âgé de 5 ans et demi, avait une tête dont le volume égalait celui de la tête d'un adulte fortement constitué; c'était peu à peu qu'elle avait ainsi grossi; le développement du crâne était beaucoup plus marqué en arrière qu'en avant, le front était élevé, mais peu saillant; toutes les fonctions cérébrales s'accomplissaient bien; l'intelligence était celle que comportait l'âge du sujet. On le voyait s'endormir facilement et profondément, lorsqu'il s'asseyait et qu'il restait tranquille. Le seul accident que présentât cet enfant, c'étaient des chutes fréquentes, cau-

sées par le poids de la tête qui se portait subitement en avant, lorsqu'il voulait courir, et le faisait ainsi tomber. Cet enfant succomba à une entérite aiguë, vers la fin de laquelle les fonctions intellectuelles s'abolirent complètement.

A l'ouverture du corps, on constata que les parois du crâne avaient une épaisseur un peu plus grande que celle qui leur est ordinaire; le cerveau lui-même ne présentait rien autre chose qu'un grand développement de toutes ses parties, surtout de la masse nerveuse située au-dessus des ventricules. Ceux-ci ne contenaient qu'une très petite quantité de sérosité rougeâtre. La pie-mère était fortement injectée et d'un blanc opaque en quelques points. La dure-mère adhérait avec une force singulière aux os du crâne.

Nous ne connaissons que ce cas dans lequel l'hypertrophie du cerveau n'a été accompagnée d'aucun symptôme, et le développement simultané de la masse encéphalique et des parois du crâne en rend suffisamment raison.

Les symptômes qui, dans les cas observés jusqu'à présent, ont accompagné l'hypertrophie du cerveau, sont relatifs à certains troubles de l'intelligence, du sentiment et du mouvement.

Plusieurs malades étaient dans un véritable état d'idiotisme; chez d'autres on a seulement remarqué un état obtus de l'intelligence, qui augmentait et diminuait tour à tour; puis on voyait tout à coup survenir soit un délire aigu, soit un coma profond, et ces deux phénomènes étaient bientôt suivis de la mort. Une fois l'on a observé des signes de manie.

Dans certains cas, une céphalalgie ancienne, s'exaspérant par intervalles, et se reproduisant sous forme de violentes crises, a été le symptôme prédominant. C'est ce qu'on peut

voir chez le sujet de la première observation de Dance. Plusieurs malades éprouvent des vertiges, des étourdissemens, comme s'ils avaient une simple congestion cérébrale. Chez d'autres, la sensibilité devient graduellement de plus en plus obtuse, ou bien il arrive un moment où, après être resté long-temps intacte, elle s'abolit tout à coup.

Les désordres observés du côté du mouvement sont de plusieurs sortes. Tantôt c'est une simple faiblesse des membres qui va toujours en croissant, et qui aboutit à une paralysie générale; tantôt ce sont des mouvemens convulsifs d'abord rares et peu intenses; puis plus fréquens et plus graves; les malades peuvent périr dans ces convulsions, ou dans le coma qui leur succède. D'autres fois, l'hypertrophie du cerveau traduit surtout son existence par un ensemble de symptômes qui caractérisent l'épilepsie, les accès se rapprochent, et la mort survient au milieu de l'un d'eux.

Les fonctions de la vie organique ne sont pas généralement troublées par l'hypertrophie du cerveau. Le pouls a ordinairement sa fréquence accoutumée; quelquefois cependant il se ralentit; ainsi on l'a vu dans un cas ne pas battre plus de quarante-cinq fois par minute.

Les symptômes qui se lient à l'hypertrophie du cerveau s'arrangent de telle manière qu'il en résulte pour la maladie deux périodes: l'une dans laquelle elle présente tous les caractères d'une affection chronique, et l'autre dans laquelle elle voit tout à coup la physionomie d'une affection aiguë; c'est dans cette seconde période que les malades succombent.

Tant que dure la première période, les symptômes qu'on remarque sont spécialement divers troubles de l'intelligence, une céphalalgie faible ou intense, permanente ou passagère, des convulsions par intervalles, et enfin de véritables accès

d'épilepsie plus ou moins répétés. Ces divers symptômes peuvent tous exister chez un même sujet, ou se montrer isolés les uns des autres.

Après que cette période a duré plus ou moins long-temps, arrive la seconde, à moins que le malade ne soit enlevé auparavant par une affection intercurrente. Alors apparaissent différens symptômes, et différentes formes de maladies; ainsi certains individus sont pris tout à coup de convulsions très fortes au milieu desquelles ils succombent; d'autres présentent les signes qui annoncent une compression du cerveau, ou bien ceux qui caractérisent l'hydrocéphale aiguë. Quelques-uns meurent presque subitement; ainsi, dans une des observations de Dance, il est question d'un individu qui, tourmenté d'une violente céphalalgie, s'était rendu à pied aux bains de l'hôpital; il y était resté trois quarts-d'heure, et pendant ce temps, il avait reçu sur la tête une seule affusion froide. En sortant du bain, il se sentit défaillir, tomba entre les bras des personnes qui le conduisaient, et succonba dans moins d'un quart-d'heure; au moment d'expirer, il présenta quelquesmouvemens convulsifs.

Les observations suivantes, recueillies par nous, serviront de confirmation et de développement aux propositions générales que l'on vient de lire.

Ire OBSERVATION.

Ancienne migraine, à laquelle succède une céphalalgie continuelle. Plus tard mouvemens convulsifs, dont l'intensité toujours croissante amène la mort.

Un garçon épicier, âgé de 29 ans, fortement constitué,

nous raconta ce qui suit lors de son entrée à la Maison royale de santé, pendant le cours du mois de septembre 1830.

A l'âge de 17 ans, il avait commencé à éprouver un violent mal de tête, accompagné de vomissemens. Cet accident se dissipa au bout de vingt-quatre heures de durée. Depuis l'âge de 17 ans jusqu'à celui de 28, deux mois ne se passaient guère, sans qu'il éprouvât les mêmes accidens, qui étaient regardés par lui et par ceux qui le voyaient comme dus à la migraine. Lorsqu'il ne l'avait pas, il jouissait d'une très bonne santé. Ce ne fut qu'un an environ avant d'être soumis à notre observation, que ces symptômes, qui n'avaient paru jusque là d'aucune importance, se modifièrent et prirent un caractère plus grave. Il commença alors à éprouver, d'une manière continuelle, une douleur qui occupait toute la tête, mais plus particulièrement la région de l'os frontal, et les deux tempes. Cette douleur, habituellement sourde, acquérait de temps en temps une grande intensité; alors le malade fuyait la lumière, il se serrait fortement la tête pour se soulager, et il restait dans le plus grand repos. Six mois après que cette céphalalgie eut commencé à se montrer, il fut pris un jour dans les deux bras de mouvemens involontaires, de secousses brusques auxquelles il ne pouvait pas s'opposer, et qui étaient accompagnées d'une douleur vive dans les membres convulsés. Cette nouvelle scène d'accidens dura quelques heures. Lorsque les convulsions eurent cessé, le malade resta singulièrement fatigué, et, à dater de ce moment, il fut faible et languissant; il lui semblait toujours qu'il venait de faire une course qui l'avait beaucoup fatigué. Il répugnait au mouvement, et chaque matin à son réveil il se sentait brisé. La douleur de tête continuait, et ses exaspérations devenaient plus fréquentes. Pendant les six mois qui s'écoulèrent

avant son admission à la Maison de santé, il éprouva à cinq ou six reprises, dans les deux membres supérieurs, les mêmes mouvemens convulsifs. Enfin ces mouvemens devinrent tout à coup beaucoup plus intenses, et en même temps beaucoup plus fréquens. Pendant les huit jours qui précédèrent son entrée, ils furent presque continuels, et ils commencèrent à envahir aussi les membres inférieurs, et plus particulièrement le gauche.

Lorsque le malade fut soumis pour la première fois à notre examen, il ressemblait à un homme accablé de fatigue; il put toutefois nous raconter avec assez de facilité, et avec une parfaite netteté d'esprit, tous les détails que nous venons de rapporter; il n'avait pas alors de convulsions, et il ne parlait de leur retour qu'avec une sorte d'effroi. Le mal de tête était modéré, mais, la veille encore, il avait été des plus violens. Les sens ne présentaient aucune altération. Le pouls avait son type normal; l'appétit avait beaucoup diminué depuis quelque temps.

Nous fûmes fort embarrassés pour établir le diagnostic d'une semblable affection; elle avait dans ses symptômes quelque chose d'insolite qui ne nous semblait se rapporter à aucune des lésions cérébrales connues. Quelle était surtout la cause de ces convulsions intermittentes, dans l'intervalle desquelles le mouvement restait parfaitement libre. et qui, long-temps bornées aux membres supérieurs, commençaient depuis quelque temps à se généraliser, et à s'étendre aux inférieurs? Si le malade n'avait pas présenté cette céphalalgie si remarquable par son ancienneté, par sa persistance, par ses exaspérations périodiques, nous eussions pensé que la moelle épinière était le foyer d'où partaient tous ces symptômes; mais tout en plaçant dans cette moelle le siége de

la lésion, nous n'eussions pu guère nous prononcer sur sa nature, il nous sembla que les différens symptômes que nous observions pouvaient dépendre de l'existence, au sein des deux hémisphères, de produits accidentels lentement développés; étaient-ce des tubercules? Nous hésitions à l'admettre, en nous rappelant la loi posée par M. Louis, et dont nous avons si souvent constaté l'exactitude, en vertu de laquelle on ne trouve guère de tubercules dans les organes, que lorsqu'il y en a dans les poumons. Or, chez cet individu l'appareil respiratoire paraissait parfaitement sain.

Telles étaient les réflexions auxquelles nous nous livrions à propos de ce malade; et les hypothèses que nous établissions sur la nature de son affection étaient loin, comme nous le verrons plus bas, de représenter la vérité.

Cependant, les jours suivans, le malade nous présenta un état déplorable. La céphalalgie prit une intensité plus grande que jamais; elle était tellement forte que le malade faisait retentir la salle de ses gémissemens et de ses cris. Ces accès duraient pendant deux à trois heures; puis la douleur diminuait, sans disparaître jamais complètement, et alors le malade, comme épuisé par ses souffrances, restait immobile et accablé, sans toutefois pouvoir trouver le sommeil. Une ou deux fois par jour il ressentait dans les membres, tant supérieurs qu'inférieurs, et dans les droits comme dans les gauches, des secousses douloureuses, mais de courte durée; parfois aussi quelques mouvemens convulsifs agitaient les muscles de la face. Au milieu de tous ces désordres, l'intelligence restait intacte, et le pouls ne battait que cinquante-six fois par minute.

Neuf à dix jours se passèrent ainsi; au bout de ce temps, les mouvemens convulsifs devinrent subitement beaucoup

plus violens ; la face et les quatre membres en étaient simultanément le siége ; après avoir duré presque sans interruption pendant treize heures, ils cessèrent tout à coup ; mais presque au même instant la respiration s'embarrassa, elle devint stertoreuse comme chez les apoplectiques, et le malade succomba rapidement.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les méninges n'offrent rien de remarquable. La surface extérieure du cerveau nous frappe par son aspect tout particulier : les espaces qui séparent les circonvolutions ont disparu : celles-ci sont pressées et comme tassées les unes auprès des autres ; elles ont évidemment pris un plus grand développement aux dépens des anfractuosités. Il n'y a pas une goutte de sérosité dans l'arachnoïde ni dans la pie-mère ; il n'y en a pas non plus dans les ventricules latéraux dont les parois se touchent et se pressent beaucoup plus que de coutume ; à la base du crâne les circonvolutions ont leur aspect ordinaire ; la substance nerveuse elle-même présente deux changemens notables, qui portent sur sa couleur et sur sa densité : sa couleur est modifiée de telle sorte qu'à la périphérie on ne distingue presque plus la couche grise des circonvolutions d'avec la substance blanche subjacente. Celle-ci est elle-même partout exsangue ; à la coupe, on n'y aperçoit l'orifice d'aucun vaisseau, et l'on ne distingue pas la moindre goutte de sang sur les tranches qu'on enlève. La substance grise disséminée à l'intérieur des hémisphères, notamment celle qui entre dans la composition des couches optiques et des corps striés, est décolorée comme la substance grise des circonvolutions. Dans toute l'étendue de ces hé-

misphères, la pulpe qui les constitue a acquis une densité singulière; elle ressemble à du blanc d'œuf durci par la coction; elle en a la consistance; elle en a aussi l'élasticité, et, lorsqu'on la tiraille, on la voit s'allonger, puis revenir sur elle-même.

Le cervelet, le mésocéphale, et la moelle épinière, ont conservé leur aspect ordinaire.

Les viscères contenus dans la poitrine et dans l'abdomen ne présentent rien de remarquable.

Les caractères anatomiques de l'hypertrophie du cerveau sont très marqués dans l'observation qu'on vient de lire; ils sont exactement semblables à ceux qui se trouvent retracés dans les observations de Dance, si ce n'est que dans notre cas nous n'avons pas vu, comme dans ceux de Dance, la substance du cerveau faire hernie et s'échapper à travers l'incision pratiquée à la dure-mère; bien que privée de sérosité, la surface libre de l'arachnoïde n'était pas sèche comme du parchemin, ainsi que cela était dans un des cas rapportés par Dance. Dans notre cas, comme dans les siens, l'augmentation de densité coïncide avec l'augmentation de volume, que démontre suffisamment l'effacement complet des anfractuosités. Enfin, dans notre observation comme dans les siennes, le sang a véritablement fui de la substance cérébrale, de telle sorte qu'il y a ici coïncidence d'hypertrophie et d'anémie.

On a pu voir, dans le cours de l'observation même, combien le diagnostic nous avait paru difficile; la lésion trouvée après la mort n'était aucune de celles dont nous avions supposé l'existence.

La céphalalgie est-elle, en pareille circonstance, le résultat de la compression à laquelle est soumise la pulpe nerveuse? Elle fut long-temps le seul symptôme. A l'époque où on le regardait comme une simple migraine, annonçait-elle déjà le commencement de la lésion cérébrale? S'il en est ainsi, celle-ci se forma bien lentement, et bien du temps s'écoula avant qu'elle produisît des accidens graves, et qu'elle compromît l'existence. Ces accidens portèrent spécialement sur les mouvemens et sur la respiration. L'intelligence resta constamment intacte; elle fut, au contraire, troublée dans l'observation qu'on va lire.

IIe OBSERVATION.

Affaiblissement graduel de l'intelligence; épilepsie; ancien mal de tête; mort au milieu d'un accès.

Une fille, âgée de 27 ans, était épileptique depuis l'âge de 12 ans, lorsqu'elle entra à l'hôpital Cochin, où elle fut soumise à notre observation. Depuis l'âge de 12 ans jusqu'à celui de 19, époque à laquelle elle fut réglée pour la première fois, elle eut un accès d'épilepsie tous les trois ou quatre mois à peu près. L'apparition des menstrues ne la guérit pas; loin de là, à dater de ce moment les accès se rapprochèrent; trois semaines ne se passaient pas sans qu'il en survînt un. Vers l'âge de 21 ans, elle commença à ressentir par intervalles une céphalalgie violente, qu'elle appelait sa migraine; elle revenait toutes les six semaines ou tous les deux mois environ, et elle n'était ni précédée ni suivie de l'accès épileptique, avec lequel elle ne paraissait réellement avoir aucun rapport. Jusqu'à l'âge de 24 ans, cette fille resta ainsi

sujette aux deux accidens dont nous venons de parler. Dans l'intervalle de ses crises de mal de tête, ou de ses accès d'épilepsie, elle ne présentait aucun désordre d'intelligence, de sentiment ou de mouvement. Les menstrues venaient régulièrement chaque mois; mais entre la vingt-quatrième et la vingt-cinquième année, la maladie changea d'aspect; les maux de tête ne furent plus aussi violens; ils ne revinrent plus sous forme de crises; mais la malade commença à éprouver habituellement une céphalalgie sourde qui avait spécialement son siége vers le front, et qui consistait en un sentiment de pesanteur des plus incommodes; les accès d'épilepsie se rapprochèrent de plus en plus, et en même temps l'intelligence, jusqu'alors intacte, commença à s'altérer. D'abord l'humeur de cette femme devint bizarre; on observait dans sa conduite et dans ses manières quelque chose de singulier, qui faisait dire à ceux qui la voyaient habituellement qu'elle marchait à la folie. Cependant cette première modification de l'intelligence ne fut pas de longue durée, et bientôt, au lieu de se montrer pervertie, elle ne fut plus que faible. Insensiblement cette fille tomba dans une sorte d'état d'imbécillité qui était arrivé au dernier degré, lorsqu'elle fut admise dans le service que nous faisions alors à l'hôpital Cochin. Elle ne devait y passer que quelques jours, pour être de là transférée à la Salpêtrière. Nous sûmes de ses parens tout ce que nous venons de raconter. Ils nous dirent de plus que depuis un an elle ne passait pas trois jours sans avoir un accès d'épilepsie, et que souvent même il lui arrivait d'en avoir plusieurs en un jour. Les règles avaient cessé de se montrer depuis six mois seulement. Lorsque nous examinâmes nous-mêmes la malade, nous ne constatâmes chez elle d'autre désordre nerveux qu'un extrême affaiblissement

de l'intelligence : les mouvemens étaient libres ; la sensibilité ne paraissait avoir reçu aucune atteinte. Les fonctions de la vie de nutrition ne semblaient point avoir subi d'altération notable.

Pendant les cinq jours suivans, la malade eut presque chaque jour un accès d'épilepsie dont nous ne fûmes pas témoin. Le sixième jour, à dater de celui de son entrée, nous la trouvâmes morte dans son lit. Au rapport des infirmières, elle avait été prise, la nuit, d'un accès très violent, qui avait été suivi d'un assoupissement profond, pendant lequel elle avait succombé. Nous nous assurâmes bien par nos questions que les accès, dont aucun n'avait été vu par nous, étaient véritablement des accès épileptiques.

OUVERTURE DU CADAVRE.

A peine eûmes-nous enlevé la voûte du crâne, que nous fûmes frappés de la tension singulière que nous présenta la dure-mère. Elle était fortement pressée de dedans en dehors par la substance même du cerveau. Lorsque nous l'eûmes incisée, nous découvrîmes les deux autres méninges, dont l'une, l'arachnoïde, était, à sa surface libre, d'une sécheresse remarquable, et dont l'autre, la pie-mère, entièrement privée de sérosité, était à peine parcourue par quelques veines remplies d'un peu de sang. Ces deux membranes se déchiraient, d'ailleurs, avec une singulière facilité. Au-dessous d'elles, la surface extérieure du cerveau avait un aspect tout particulier. On n'y distinguait plus d'anfractuosités, tant étaient pressées les unes contre les autres toutes les circonvolutions. La pulpe nerveuse, dans toute l'étendue des hémisphères, était partout d'une grande pâleur ; à peine

distinguait-on, par la couleur, la substance grise de la blanche. Partout aussi cette pulpe avait acquis une grande densité; dans la plupart des points où on l'examinait, on la trouvait semblable, comme dans la précédente observation, à du blanc d'œuf durci par la coction; dans quelques-unes, cette pulpe avait véritablement la consistance d'un cartilage. Les ventricules étaient complètement vides de sérosité. Le corps calleux, la voûte à trois piliers, et le septum lucidum, participaient à l'augmentation de densité de la substance des hémisphères; au contraire, le mésocéphale, le cervelet, et la moelle épinière, avaient leur consistance accoutumée. Il n'y avait pas une goutte de sérosité à la base du crâne.

Nous ne trouvâmes rien de remarquable dans les organes du thorax et de l'abdomen.

Cette observation, comparée à la précédente, leur ressemble beaucoup sous le rapport des lésions anatomiques; et cependant, à certains égards, les symptômes ne sont plus les mêmes. Les deux malades sont également sujets à une céphalalgie intense; chez le premier elle est long-temps le seul accident; chez le second elle alterne avec des accès épileptiques. Ceux-ci remplacent les simples mouvemens convulsifs chez le sujet de l'observation II; chez lui enfin le trouble de l'intelligence est très prononcé, tandis que chez l'autre les facultés intellectuelles conservent toujours une intégrité parfaite.

III[e] OBSERVATION.

Affaiblissement graduel de l'intelligence, du mouvement et du sentiment; convulsions par intervalles avec perte de connaissence. Mort dans un état adynamique.

Un habitant de la campagne, âgé de 39 ans, à l'époque de son entrée à l'hôpital de la Pitié, avait commencé à éprouver, une dixaine d'années auparavant, des maux de tête qui revenaient par accès; quelques-uns de ceux-ci étaient accompagnés d'un léger trouble dans les idées. Un jour la céphalalgie revint avec plus de violence que jamais; et, après en être resté tourmenté pendant trois ou quatre heures, il fut pris de fortes convulsions, et bientôt il tomba sans connaissance. Au bout d'assez peu de temps, il revint à lui; mais à dater de ce moment, il ne recouvra plus son intelligence ordinaire; il avait moins de mémoire; il n'était plus capable d'aucune occupation suivie, et il fut obligé de renoncer à son état. Pendant les années suivantes, l'intelligence devint de plus en plus faible; et en même temps la force musculaire diminua graduellement, ainsi que la sensibilité : par intervalles, cet homme perdait subitement connaissance, et il était pris de mouvemens convulsifs dans les quatre membres.

Après avoir séjourné long-temps dans l'hospice du pays qu'il habitait, cet homme me fut conduit, et je reçus une note écrite qui contenait les détails précédens; car il était lui-même incapable d'en donner aucun.

Lorsque je le vis, je pus à peine tirer de lui quelques réponses fort vagues; un air continuel de préoccupation était empreint sur sa physionomie; on le voyait rire et pleurer

sans motif; il savait à peine d'où il venait et où il était. Lorsqu'on lui demandait s'il souffrait quelque part, il portait la main à son front, et il indiquait qu'il souffrait en ce point : la sensibilité cutanée était fort obtuse. Il ne pouvait que fort difficilement se soutenir sur ses jambes, qui étaient chancelantes, et de temps en temps se dérobaient sous lui; il n'y en avait pas une qui parût être plus faible que l'autre. Un tremblement continuel agitait les membres supérieurs; et les mains, la droite comme la gauche, ne pouvaient rien serrer; la vue était intacte, ainsi que les autres sens; il ne semblait pas cependant percevoir les odeurs; le pouls ne battait pas plus de cinquante-six fois par minute; les digestions se faisaient bien; la respiration était calme; il y avait encore assez d'embonpoint.

Je fis admettre ce malade dans une de mes salles à l'hôpital de la Pitié.

Pendant les trois premières semaines de son séjour dans cet hôpital, il ne présenta rien de nouveau; seulement à trois reprises différentes il perdit connaissance, et il eut des mouvemens convulsifs : ces accidens ne furent vus que par la religieuse de la salle et les infirmiers. Cet homme, d'une taciturnité remarquable, restait immobile dans son lit, et on était obligé de le servir comme un enfant. Pendant la quatrième semaine de son séjour, une large eschare commença à se former au sacrum; sa chute laissa après elle un vaste et profond ulcère à fond grisâtre : en même temps langue sèche; dents fuligineuses; expulsion involontaire des fèces et de l'urine : mort cinq semaines après l'entrée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les hémisphères cérébraux présentaient à leur périphérie le même aspect que dans les deux cas précédens : c'était encore ici ce même tassement des circonvolutions, ce même effacement des anfractuosités, ce même endurcissement et cette même pâleur de la substance nerveuse, enfin cette même sécheresse des membranes d'enveloppe. Comme dans les autres cas, le cervelet, le mésocéphale et la moelle épinière ne participaient point à l'altération du cerveau proprement dit.

Dans les autres cavités, on ne trouva rien à noter qu'un engouement assez considérable des deux poumons, une hypertrophie légère du cœur, et une teinte ardoisée de la membrane muqueuse gastrique avec mamelonnement de sa face libre vers la grande courbure et dans la portion pylorique.

Nous retrouvons encore dans ce cas des symptômes assez analogues à ceux que nous ont offerts les deux précédens, mais ils se combinent et s'enchaînent autrement. Le premier accident qui apparaît, c'est une céphalalgie qui revient par accès, et qui ne se lie à aucun autre symptôme grave ; puis, tout à coup, surviennent d'autres phénomènes qui ont au moins quelque ressemblance avec ceux qui caractérisent l'épilepsie, et, à dater de ce moment l'intelligence, jusqu'alors intacte, se trouble et devient de plus en plus faible ; puis le mouvement et le sentiment subissent à leur tour un affaissement graduel. L'anatomie ne nous montre véritablement que le dernier terme de la maladie, et elle ne nous révèle pas toutes les nuances ou tous les degrés par où a dû passer

l'altération, depuis l'instant où elle ne traduisait encore son existence que par une céphalalgie passagère, jusqu'à celui où de graves désordres avaient simultanément atteint l'intelligence, le mouvement et le sentiment. Quel fut, par exemple, le changement qui survint subitement dans le cerveau, le jour où subitement aussi le malade fut pris pour la première fois d'un accès épileptiforme? A cette époque, existait-il déjà une hypertrophie du cerveau? n'y avait-il encore qu'une simple congestion cérébrale? cette congestion elle-même a-t-elle jamais eu lieu à aucune époque de la maladie? fort commode pour nous servir à expliquer un grand nombre de désordres cérébraux, cette congestion est-elle aussi commune que nous le supposons? Nous serions en droit d'en douter, si nous réfléchissons que dans bien des cas où avaient existé pendant la vie les symptômes que nous lui attribuons, l'anatomie ne nous en a montré aucun indice. C'est certainement par des vues toutes hypothétiques que nous la faisons sans cesse intervenir pour expliquer, soit la plupart des désordres d'organisation, soit un grand nombre de désordres de fonctions.

Voilà trois cas où le cerveau est le siége d'une altération absolument semblable. Pourquoi l'intelligence se troubla-t-elle dans les deux derniers cas? pourquoi resta-t-elle intacte dans le premier?

IVe OBSERVATION.

Accès épileptiformes. Retard du développement de l'intelligence. Mort dans le coma.

Un garçon, âgé de 9 ans, était déjà depuis quelque temps à l'hôpital des Enfans, lorsque nous commençâmes à l'ob-

server. Nous ne pûmes obtenir que peu de renseignemens sur ses antécédens : nous sûmes seulement que depuis deux ans environ il tombait par intervalles sans connaissance, et qu'en même temps il avait des convulsions générales.

Ce jeune malade ne jouissait pas du degré d'intelligence ordinaire aux enfans de son âge ; il répugnait singulièrement au mouvement, et il marchait en chancelant ; il possédait toute la liberté de ses membres supérieurs ; sa tête n'offrait rien de particulier ni dans sa forme ni dans son volume. Cependant les accès épileptiformes se rapprochèrent ; à la suite de l'un d'eux, plus violent que les autres, il tomba dans un état comateux au milieu duquel il succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les parois du crâne avaient l'aspect qu'elles présentent ordinairement à l'âge de ce jeune sujet : les fontanelles n'existaient pas ; la dure-mère adhérait intimement aux os avec lesquels elle est en contact ; l'arachnoïde et la pie-mère n'offraient rien de remarquable. Les circonvolutions, dont la pâleur nous frappa, étaient tellement pressées les unes contre les autres, qu'il n'y avait plus, à proprement parler, d'anfractuosités entre elles. La plupart de ces circonvolutions avaient leur consistance normale ; quelques-unes en avaient une beaucoup plus considérable ; cette consistance ressemblait à celle qu'on donne au cerveau, lorsqu'il est resté plongé pendant un certain temps dans de l'acide nitrique. Toute la masse des hémisphères avait une fermeté singulière. Les ventricules ne contenaient point de sérosité ; il n'y en avait pas non plus à la base du crâne.

Les circonvolutions du cervelet avaient conservé leur as-

pect ordinaire ; le mésocéphale ne présentait non plus rien d'anormal.

Ce cas, sous le rapport de la lésion comme sous celui des symptômes, a la plus grande analogie avec les précédens. La maladie marche lentement, et, arrivée à une certaine période de son existence, elle produit tout à coup ce même coma qui est la fin commune d'un grand nombre d'affections cérébrales ; et toujours on peut se demander quelle lésion nouvelle vint tout à coup à se surajouter à l'ancienne hypertrophie pour déterminer cette nouvelle série d'accidens (1).

Il semble qu'il soit de l'essence de toute hypertrophie de se développer lentement; et effectivement, dans toutes les observations que nous avons rapportées, il n'a été question que de maladies chroniques. Cependant il est des cas dans lesquels il n'en a point été ainsi. Nous avons vu deux individus

---

(1) Le docteur Burnet a publié dans le tome V du *Journal hebdomadaire de médecine*, p. 265, une observation qui se rapproche de celle que nous venons de citer sous le rapport de la plupart des symptômes. L'individu qui en fait le sujet, âgé de trois ans, eut d'abord des convulsions, puis son intelligence devint obtuse, et il succomba dans le coma. Mais de plus, on constata, chez cet enfant, pendant tout le cours de la maladie, l'*existence d'une cécité complète.* Toute la masse cérébrale avait une consistance que l'auteur de l'observation compare à celle de la pâte de guimauve desséchée ; elle avait le double de son poids ordinaire, et remplissait tout-à-fait la cavité crânienne; elle était en même temps très pâle. De plus, *les nerfs optiques, depuis leur origine jusqu'à leur entrée dans le globe oculaire, ainsi que leur kyasma, avaient la texture du tissu cartilagineux ; ils en présentaient le poli, la coupe homogène, l'élasticité, et presque la dureté.*

chez lesquels il n'avait existé jusqu'alors aucun symptôme du côté du système nerveux. Tout à coup ils sont pris de mouvemens convulsifs qui n'épargnent aucune partie du corps ; ces convulsions durent pendant une vingtaine d'heures, puis ils sont remplacés par une résolution générale des membres qui ne peuvent plus exécuter aucun mouvement ; enfin un profond coma s'établit, et au milieu de ce coma la mort survient. Les deux individus qui nous ont présenté ces symptômes maniaient l'un et l'autre les préparations de plomb ; ils travaillaient à la fabrication du blanc de céruse, et avaient eu plusieurs fois la colique.

L'ouverture de leurs corps nous montra dans le cerveau une altération semblable à celle dont les quatre observations précédentes nous ont offert des exemples, si ce n'est que l'augmentation de consistance était beaucoup moins considérable ; c'était d'ailleurs le même tassement des circonvolutions, la même pâleur de la pulpe nerveuse, la même décoloration de la substance grise, la même sécheresse des membranes d'enveloppe et des ventricules.

Est-ce là un premier degré d'encéphalite, ainsi que le pense M. Bouillaud, qui a publié sur ce sujet d'intéressantes observations ? Mais pourquoi, dans cette hypothèse, la substance nerveuse augmentée de consistance est-elle en même temps décolorée ? Une inflammation ne devrait-elle pas produire l'effet contraire ?

ORDRE CINQUIÈME.

OBSERVATIONS SUR L'ATROPHIE DES HEMISPHÉRES CEREBRAUX.

Nous avons indiqué ailleurs (1) tous les degrés de cette atrophie, depuis celui où les hémisphères manquent complètement, jusqu'à celui où quelques circonvolutions sont absentes ou incomplètement développées. Nous nous occuperons particulièrement ici des cas d'atrophie qui sont compatibles avec la possibilité d'une vie extra-utérine plus ou moins prolongée.

Ces cas sont ceux dans lesquels il n'y a d'atrophié ou de non développé, soit en totalité, soit en partie, que la masse nerveuse située au-dessus des ventricules.

Nous n'avons vu aucun cas dans lequel l'absence complète de cette masse nerveuse des deux côtés ait coïncidé avec la prolongation de la vie au-delà d'un petit nombre de mois après la gestation; mais les auteurs en ont cité des exemples, et dans ces cas c'était une vie en quelque sorte purement végétative qui avait lieu.

Lorsque l'atrophie n'existe que d'un seul côté, la vie peut continuer pendant beaucoup plus long-temps; nous avons vu des cas de ce genre : au-dessus du ventricule latéral d'un côté, on ne découvre plus de substance nerveuse; l'arachnoïde qui tapisse ordinairement la convexité des hémisphères se trouve adossée à celle qui doit se déployer sur les parois des ventricules; ces deux feuillets d'une même mem-

(1) *Précis d'anatomie pathologique.*

brane sont séparés l'un de l'autre par un tissu cellulaire pourvu de beaucoup de vaisseaux. Tantôt en pareil cas, le crâne conserve sa forme et ses dimensions naturelles ; alors une très grande quantité de sérosité soulève l'arachnoïde, et remplit ainsi le vide qui existerait, sans elle, entre le crâne et les parties restantes de l'hémisphère ; tantôt la forme du crâne est changée ; ses parois se sont comme affaissées dans les points qui correspondent à l'atrophie du cerveau, et pendant la vie on trouve d'un des côtés du crâne une dépression plus ou moins considérable qui peut éclairer le diagnostic. Voici un exemple remarquable du premier de ces deux cas.

1re OBSERVATION.

Absence de toute la masse nerveuse située au-dessus du ventricule latéral droit, à l'exception de la partie de cette masse qui est en avant du corps strié. Conformation normale du crâne. Lésion du mouvement dans les membres gauches. Intégrité de l'intelligence. Tubercules pulmonaires.

Un homme, âgé de 28 ans, tomba, à l'âge de 3 ans, d'un premier étage dans la rue ; sa tête porta. A la suite de cette chute, il resta paralysé du côté gauche. Peu à peu il s'établit une forte extension habituelle du pied gauche sur la jambe, de telle sorte que cet homme ne marchait à gauche que sur la pointe du pied. Le membre thoracique gauche était complètement privé de mouvement ; il n'offrait d'ailleurs aucune trace de contracture. Cet individu avait reçu de l'éducation, et il en avait profité ; il avait une bonne mémoire, sa parole était libre et facile, et son intelligence était celle du commun des hommes, il n'avait jamais offert le moindre trouble de ce côté.

Entré à l'infirmerie de Bicêtre qu'il habitait, pour une affection chronique de poitrine, il y fut pris des symptômes d'une péritonite sur-aiguë, à laquelle il succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La voûte du crâne ayant été enlevée, on trouva les méninges du côté droit transparentes et fluctuantes dans presque toute leur étendue. On les incisa, et il en jaillit en grande quantité une sérosité claire et limpide comme de l'eau de roche. Entre ces méninges et les ventricules, il n'existait pas la moindre trace de substance nerveuse; ces membranes constituaient la paroi supérieure d'une vaste cavité dont la paroi inférieure était formée par la couche optique, le corps strié et toutes les autres parties situées au niveau de ces deux corps. Il ne restait de la masse nerveuse située au-dessus des ventricules que celle qui, située en avant du corps strié, en forme la paroi antérieure.

De nombreux tubercules parsemaient les deux poumons, et beaucoup d'ulcérations apparaissaient à la surface interne de l'intestin grêle. A l'extrémité libre d'un diverticule de l'iléum, existait une perforation d'où était résulté la péritonite, qui avait terminé les jours du malade, et dont on retrouva les traces sur le cadavre.

La lésion dont l'autopsie nous révéla dans ce cas l'existence, avait commencé à se former, à la suite d'une violence extérieure, vingt-cinq ans avant l'époque où elle fut examinée par nous. L'atrophie du cerveau ne fut pas vraisemblablement ici l'altération primitive; elle succéda à d'autres

lésions de nature inflammatoire qui durent se former immédiatement après la chute.

C'est sans doute une chose remarquable que la conservation parfaite de l'intelligence jusqu'au dernier instant, dans un cas où une si grande partie du cerveau avait depuis long-temps cessé d'exister.

Dans un cas semblable, cité par M. Breschet, et qui est relatif à un enfant de 4 ans, l'intelligence était au contraire très altérée ; l'enfant était plongé dans un état complet d'idiotisme ; il était atteint de mutisme, bien qu'il ne fût pas sourd ; il lui était impossible de se tenir sur ses jambes.

Il arrive plus souvent qu'on ne trouve d'atrophié qu'une partie moins considérable de la masse nerveuse située au-dessus des ventricules. Dans ce cas, c'est le plus communément sur l'un des lobes antérieurs que porte le défaut de développement.

L'atrophie isolée de ce lobe a été vue à tous les âges, depuis la première enfance jusqu'à une vieillesse assez avancée. En voici un exemple observé par nous sur un individu âgé de 71 ans.

IIe OBSERVATION.

Ancienne hémiplégie. État obtus de l'intelligence ; grande difficulté de parler. Atrophie du lobe antérieur de l'hémisphère gauche.

Un homme, âgé de 71 ans, entra à la Pitié dans un véritable état d'enfance. Nous ne pûmes avoir aucun renseignement sur ses antécédens. Nous constatâmes chez lui l'existence d'une paralysie complète, tant du mouvement que du sentiment, du côté droit du corps ; il prononçait en balbu-

tiant quelques mots inintelligibles. Cet homme s'affaiblit graduellement, et succomba un mois environ après son entrée. Pendant les huit derniers jours de son existence, on remarqua qu'il toussait, que sa respiration était gênée, et que sa langue s'était séchée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Dans son quart antérieur, l'hémisphère gauche est remplacé par un kyste à parois transparentes et rempli d'une sérosité limpide ; une couche très mince de substance nerveuse le sépare du corps strié ; ainsi il ne constitue pas immédiatement la paroi du ventricule.

Nous ne trouvons dans les centres nerveux aucune autre lésion.

Le poumon gauche est hépatisé en rouge dans toute l'étendue de son lobe inférieur.

Il y avait dans ce cas hémiplégie, bien que la lésion n'eût envahi que la partie tout-à-fait antérieure d'un hémisphère, et l'intelligence était troublée, bien que l'atrophie fût beaucoup moins considérable que chez le sujet de l'observation I, où cependant elle se conserva intacte.

M. Breschet (1) a publié l'observation remarquable d'une fille, morte à l'âge de 15 ans, chez laquelle les deux lobes antérieurs manquaient à la fois. Au fond et en arrière de la poche membraneuse qui les remplaçait, on voyait à nu les deux corps striés. La tête était très bien conformée.

---

(1) Oper. cit.

Cette fille était plongée dans un état complet d'idiotisme ; il fallait l'habiller, et la faire manger. Elle était paresseuse pour marcher, bien qu'elle eût conservé la possibilité de remuer facilement et également les quatre membres. Elle était ordinairement assise, et restait ainsi des jours entiers inclinant alternativement la tête d'une épaule sur l'autre. La vue était intacte ; l'indifférence la plus parfaite existait pour les odeurs bonnes ou mauvaises.

Voilà un cas où l'atrophie des deux lobes antérieurs n'entraîna point de paralysie à proprement parler. Cette paralysie n'existait pas non plus dans deux autres cas, relatifs à des sujets plus jeunes, et dont on doit également la connaissance à M. Breschet.

Dans l'un de ces cas, l'individu, âgé de 19 mois, pouvait remuer facilement ses quatre membres ; seulement on observait chez lui une flexion presque continuelle du tronc en arrière ; cet enfant était privé de la vue ; après être resté pendant quatre mois dans cette sorte d'opisthotonos, il fut pris de convulsions qui le firent périr.

Toute la masse des hémisphères, située au-dessus des ventricules, était moins développée que de coutume ; en avant, elle manquait complètement des deux côtés, et à sa place on ne trouvait plus que les méninges soulevées par une grande quantité de sérosité. La tête était d'ailleurs bien conformée, elle était seulement un peu volumineuse.

Dans l'autre cas, l'enfant, âgé de 22 mois, avait aussi le crâne bien conformé, il était atteint de strabisme ; du reste, le mouvement et le sentiment avaient toute leur intégrité. Cet enfant mourut d'une gastro-entérite. On trouva chez lui la même altération du cerveau que chez le précédent.

A côté de ces cas, dans lesquels la substance nerveuse ab-

sente est remplacée par une sérosité plus ou moins abondante. On peut en citer d'autres dans lesquels cette sérosité n'existe plus, et où tout ce qu'on observe, c'est une petitesse plus grande des différentes parties d'un des hémisphères cérébraux, et surtout des circonvolutions. Cette espèce d'atrophie nous a paru être tantôt primitive, et véritablement congénitale, tantôt consécutive, et développée à la suite d'un certain nombre de maladies. Ce sont des cas de ce genre qui ont été publiés par M. le docteur Casauvieilh dans son intéressant mémoire sur l'agénésie cérébrale (1).

Les individus, dont il a rapporté l'histoire, âgés de 27 à 68 ans, étaient tous atteints, depuis un grand nombre d'années, de lésions du mouvement d'un côté du corps (hémiplégie simple ou avec contracture), et leur intelligence était plus ou moins obtuse. Les membres, opposés à l'hémisphère atrophié, avaient eux-mêmes, dans leurs différentes dimensions, un moindre développement que les autres.

Au lieu d'une atrophie qui n'affecte qu'un seul de ses hémisphères, le cerveau peut présenter, à droite et à gauche à la fois, dans plusieurs de ses parties, un arrêt de développement assez considérable pour en compromettre gravement les fonctions. Cette atrophie générale du cerveau existait d'une manière remarquable chez un épileptique dont M. le docteur Calmeil nous a transmis l'histoire (2).

Dans les cas cités par M. Casauvieilh, la lésion du mouvement était plus prononcée que la lésion de l'intelligence; c'est aussi ce que nous allons constater dans l'observation suivante, recueillie par nous il y a quelques années à l'hôpital de la Charité.

---

(1) *Archives générales de médecine*, tom. XIV.

(2) *Journal hebdomadaire de médecine*, tom. I, p. 225.

IIIe OBSERVATION.

Quarante-sept ans. Ancienne hémiplégie. Intelligence un peu affaiblie. Atrophie d'un hémisphère, avec induration de sa substance. Mort par une pneumonie.

Un ancien marchand, âgé de 47 ans, était paralysé de tout le côté gauche du corps, lorsqu'il fut reçu à la Charité dans le service de M. Lerminier. Cette paralysie avait existé toute sa vie; il ne se rappelait pas du moins à quelle époque elle avait commencé; tout ce qu'il affirmait, c'est que dans son enfance il ne pouvait pas déjà se servir de ses membres gauches. Il n'y avait aucune trace de contracture; les membres privés de mouvement étaient manifestement plus grêles, mais plus courts que ceux du côté opposé; la peau qui les recouvre avait conservé toute sa sensibilité. L'intelligence paraissait être un peu faible; toutefois il possédait bien toute sa raison, et il pouvait se livrer à une conversation suivie: les fonctions de la vie de nutrition s'accomplissaient bien. Cet homme fut pris inopinément des symptômes d'une pneumonie aiguë, à laquelle il succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le crâne est déprimé d'une manière notable dans toute sa partie droite: nous n'avions point remarqué cette dépression pendant la vie. A droite aussi il a moins d'étendue dans ses différens diamètres, et ses parois sont manifestement plus épaisses qu'à gauche. Les méninges n'offrent rien de remarquable: les deux hémisphères ont un volume différent; le

droit est notablement plus petit que le gauche : cette petitesse plus grande dépend surtout de l'espèce de ratatinement qu'a subi le lobe moyen, dont le tissu est en même temps d'une densité remarquable. La couche optique et le corps strié du côté droit sont aussi beaucoup plus petits que les mêmes ganglions du côté opposé. Le ventricule latéral droit contient plus de sérosité que l'autre, et il a aussi plus d'ampleur.

Aucune autre lésion n'existe dans les centres nerveux.

Le poumon gauche est hépatisé en rouge dans les deux tiers au moins de son étendue.

Les organes contenus dans l'abdomen n'offrent rien de remarquable.

L'altération dont l'hémisphère droit était le siége chez ce sujet était-elle congénitale ? on peut le supposer. Elle avait laissé à peu près intacts l'intelligence et le sentiment ; le mouvement seul était gravement compromis, et dans les membres paralysés la nutrition avait moins d'activité, ainsi que le prouve le commencement d'atrophie de ces membres. Quelle était la cause de cette atrophie ? était-ce tout simplement le défaut d'exercice de la part des muscles ? était-ce une action moindre du cerveau sur la nutrition des parties, et ce fait peut-il servir à prouver l'influence qu'exerce le système nerveux sur la nutrition ? enfin la même cause qui, chez le fœtus avait produit dans un des côtés du cerveau un arrêt de développement, avait-elle en même temps gêné dans leur évolution les membres opposés à l'hémisphère atrophié ?

Il n'y eut ici qu'une simple paralysie : dans d'autres cas où la lésion était absolument semblable, les membres, privés

de mouvement volontaire, étaient en même temps contracturés; c'est ce que nous présentent quelques-unes des observations de M. Cazanvieilh; c'est ce que nous avons vu aussi exister chez le malade de Bicêtre dont nous avons cité plus haut l'observation : c'est encore ce qu'on peut voir dans le cas suivant rapporté par M. Boulanger, dans sa *Thèse* (1).

Un enfant, âgé de 2 ans, éprouve à mouvoir les membres droits une difficulté toujours croissante : il survient un état de contraction permanente de ces membres, et surtout du membre droit supérieur. L'avant-bras droit est fortement contracté sur le bras, et on ne peut l'étendre sans causer de la douleur. Il accuse une douleur fixe à la région pariétale gauche; *les facultés intellectuelles sont saines;* il parle bien, aime à jouer, à causer : il parvient ainsi à l'âge de quatre ans, et succombe à une pneumonie.

A l'ouverture du corps on trouva le lobe antérieur de l'hémisphère gauche comme déprimé par un *sillon que remplissait une infiltration séreuse de la pie-mère* (ce sont les expressions de l'auteur). Les circonvolutions étaient refoulées en dedans, rapetissées, durcies et jaunâtres : le *septum lucidum n'existait point.*

Il est d'ailleurs à remarquer que l'altération de l'hémisphère droit ne consistait point ici dans une simple atrophie de sa substance : cette dernière, dans les points où elle avait un moindre volume, présentait en même temps une remarquable augmentation de consistance. Y avait-il donc plutôt refoulement et entassement des molécules du tissu nerveux,

(1) Dissertation sur l'hydrocéphale aiguë, suivie de quelques observations sur l'atrophie partielle du cerveau, par F. Boullanger, de Douai, 1821, n° 195.

que diminution réelle de leur nombre, et l'atrophie n'était-elle qu'apparente ? La troisième observation de M. Cazanvieilh nous présente, sous ce rapport, un cas semblable, c'est-à-dire la coïncidence d'un moindre volume et d'une densité plus grande ; mais dans plusieurs autres de ses observations nous voyons ces deux lésions ne plus marcher ensemble : la consistance est celle de l'état normal, et cependant la substance nerveuse n'occupe pas l'espace qu'elle doit ordinairement remplir.

Lorsque l'atrophie est encore plus considérable ou plus générale que dans notre cas et que dans ceux de MM. Cazanvieilh et Boulanger, l'intelligence se trouble à son tour d'une manière plus grave ; ordinairement elle s'anéantit, et les individus naissent idiots ou le deviennent : l'observation suivante vient à l'appui de cette assertion.

IVe OBSERVATION.

Sept ans. Idiotisme. Convulsions épileptiformes. Tubercules pulmonaires.

Il existait en 1821, à l'hôpital des Enfans, dans le service de M. Jadelot, une petite fille âgée de sept ans qui depuis sa naissance n'avait pas donné le moindre signe d'intelligence. Les deux membres inférieurs étaient beaucoup plus grêles que ne le comportait l'âge du sujet ; aucun mouvement volontaire ne pouvait leur être imprimé par la malade qui restait continuellement couchée ; le membre thoracique droit était habituellement le siége d'une assez forte contracture. Cette enfant ne parlait pas, et elle présentait tous les traits de l'idiotisme le plus complet ; de temps en temps elle était prise de mouvemens convulsifs qui avaient assez bien les ca-

ractères des convulsions de l'épilepsie : elle succomba aux progrès d'une phthisie pulmonaire.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le crâne avait surtout en avant des dimensions beaucoup plus petites que celles qu'il présente ordinairement à l'âge qu'avait ce sujet.

Un liquide séreux abondant infiltrait la pie-mère sur toute la convexité des hémisphères : ce liquide avait mis un intervalle de plusieurs lignes entre l'arachnoïde et le cerveau.

Les circonvolutions, à droite comme à gauche, mais plus en avant qu'en arrière, étaient remarquables par leur peu de développement, et en même temps par leur petit nombre : elles étaient ratatinées et comme flétries; il en résultait que sur les divers points de leur convexité les hémisphères cérébraux ne présentaient point une surface qui eût partout le même niveau : cette surface était au contraire singulièrement bosselée; elle offrait une suite d'élévations peu nombreuses et d'enfoncemens beaucoup plus multipliés. Dans la plupart des enfoncemens, le tissu nerveux avait une grande densité; il avait même en quelques points une consistance comme cartilagineuse. Les ventricules latéraux étaient très amples, et remplis d'une grande quantité de sérosité limpide. Les couches optiques et les corps striés étaient d'une petitesse singulière; c'était surtout à gauche que ce défaut de développement était remarquable; et de ce côté, la couche optique était toute inégale, rugueuse et comme chagrinée à sa surface. Le cervelet, le mésocéphale et la moelle épinière avaient leur aspect ordinaire.

Nombreux tubercules dans les poumons; ulcérations dans es intestins.

Cette observation nous offre du côté du mouvement les mêmes désordres que les précédentes ; il s'y ajoute un trouble profond de l'intelligence, qu'expliqent suffisamment le degré plus considérable de l'atrophie cérébrale, et son existence dans l'un et l'autre hémisphère. La contracture du membre thoracique droit est en rapport avec l'atrophie plus considérable de la couche optique et du corps strié à gauche qu'à droite. Voyez, d'ailleurs, comme dans ces cas d'atrophie, ainsi que dans ceux d'hypertrophie précédemment cités, le cervelet s'isole du cerveau ; vainement celui-ci subit dans son volume les modifications les plus notables ; l'autre n'en est pas influencé, au moins dans la généralité des cas ; car, parmi les observations de M. Cazanvieilh, il en est une où l'on voit l'hémisphère cérébelleux participer à l'atrophie qui a frappé l'hémisphère cérébral de son côté.

Dans le cas que nous venons de rapporter, les ventricules latéraux sont remarquables par leur extrême ampleur, ce qui contraste avec leur rétrécissement ou leur effacement, qui était si notable dans les cas d'hypertrophie que nous avons relatés ci-dessus.

Plusieurs traits de ressemblance existent entre ce cas et les deux suivans, que nous croyons devoir en rapprocher ; ils sont consignés dans la *Thèse* de M. Boulanger.

Premier cas. Un enfant, né avec une bonne constitution, avait joui d'une excellente santé jusqu'à dix mois. A cette époque, il devient absorbé, perd ses facultés intellectuelles, et finit par présenter tous les symptômes de l'idiotisme. La nutrition ne souffre nullement ; il survient une contracture des membres. Le bras droit surtout est très contracté : il crie

lorsqu'on veut l'étendre. Il parvient à trois ans et demi sans être susceptible de la moindre éducation ; il ne parle pas, il pousse seulement quelques cris rauques, presque sauvages, lorsque la faim le presse, ou lorsqu'on veut étendre ses membres. Il n'a jamais pu se soutenir sur ses jambes ; il reste couché comme on le place, sans prendre aucune part aux choses extérieures. Sa face est le siége permanent d'un sourire hébété. A des intervalles plus ou moins rapprochés, il survient des vomissemens, des convulsions suivies d'abattement et de pâleur de la face. Il mourut à trois ans et neuf mois d'une fièvre exanthématique, pendant laquelle il avait eu de fréquentes convulsions.

Autopsie. Crâne très peu développé, resserré surtout latéralement et de haut en bas ; os du crâne épais. Beaucoup de sérosité limpide dans la grande cavité de l'arachnoïde, s'accumulant principalement à la partie antérieure des hémisphères. Les circonvolutions antérieures du cerveau, refoulées en arrière, ne contenaient pas de la substance nerveuse, mais un fluide gélatineux transparent, renfermé dans une sorte de trame celluleuse, comparable à celle de l'humeur vitrée. Ces circonvolutions étaient déformées ; les unes, antérieures, étaient très développées ; les autres, postérieures, étaient resserrées, d'une trame celluleuse plus dense. Enfin les circonvolutions affectées les plus postérieures, qui appartenaient au lobe moyen, n'étaient plus d'un tissu gélatineux, mais d'un tissu dur, opaque, jaunâtre, criant sous le scalpel, presque corné en certains points. Elles étaient très étroites, comme si la substance cérébrale, en se condensant, s'était resserrée sur elle-même. De l'altération cornée à l'altération gélatineuse, le passage était gradué. Ces circonvolutions indurées faisaient corps avec la substance blanche du centre

ovale en se confondant insensiblement. A la partie antérieure, quand on avait enlevé les circonvolutions gélatineuses, on trouvait la substance blanche très dure; elle diminuait de densité jusqu'au ventricule. Le lobe postérieur et quelques circonvolutions du lobe moyen étaient sains.

Deuxième cas. Une fille de dix ans, idiote de naissance, ne peut nullement se soutenir sur les jambes. Ses membres sont habituellement contractés; par instans elle s'agite beaucoup; elle pousse souvent des sons inarticulés. Elle succomba à une variole.

Autopsie. Crâne irrégulier, le pariétal gauche formant une forte saillie. Les os du crâne sont très minces. La dure-mère présente une fluctuation très évidente, surtout à gauche; une ponction faite de ce côté laisse écouler environ cinq onces de liquide limpide : cette sérosité était accumulée dans la pie-mère. Les circonvolutions cérébrales étaient déprimées en bas et en arrière; cette dépression était équivalente à l'enlèvement du tiers supérieur de l'hémisphère gauche. Cet espace était occupé par la poche liquide, qui reposait sur la substance blanche durcie, fibro-cartilagineuse dans certains points. Du côté droit, à la même place, était une altération semblable, un peu moins considérable. Il n'existait du corps calleux qu'une bande antérieure et une autre postérieure, réunis par une membrane nerveuse mince, analogue, par sa transparence et sa ténuité, à la valvule de *Vieussens* : cette membrane n'avait point de connexions avec la voûte à trois piliers, d'où résultait l'absence du *septum lucidum*. Les nerfs optiques étaient très petits; la moelle vertébrale était aussi très grêle.

Voilà donc des cas où l'idiotisme se trouve expliqué par des lésions qui peuvent raisonnablement en rendre compte;

mais il n'en est pas toujours ainsi. Lisez, par exemple, une observation fort intéressante sous ce rapport, consignée par M. le docteur Belhomme dans sa *Thèse* sur l'idiotie (1) : le crâne avait dix-huit pouces de circonférence, c'est-à-dire la dimension qui, d'après Gall, coïncide le plus ordinairement avec une intelligence médiocre, mais non avec le défaut d'intelligence : les circonvolutions cérébrales antérieures étaient peu profondes, et moins nombreuses que celles de la région postérieure ; la substance corticale était de couleur et de consistance naturelles ; la substance médullaire était très dense, surtout antérieurement ; les ventricules latéraux offraient leur état naturel... Voilà tout ce qu'on rencontra ? La femme chez laquelle on constata cet état du cerveau était complètement imbécile ; mais elle n'offrait aucun désordre du côté du mouvement, et cependant c'était uniquement dans la substance blanche qu'existait la seule lésion un peu remarquable. En face de pareils faits, que deviennent les opinions récemment émises qui placent dans la substance grise des circonvolutions le siége de l'intelligence, et dans la substance blanche des hémisphères le siége du mouvement?

---

(1) *Essai sur l'Idiotie*, par J. E. Belhomme, 1824, n° 125.

ORDRE SIXIÈME.

OBSERVATIONS SUR LE CANCER DU CERVEAU.

Cette affection, caractérisée, par l'existence au sein de la substance nerveuse, des produits nouveaux connus sous le nom de squirrhe et d'encéphaloïde, est assez rare. Les considérations que nous allons présenter sur elle sont fondées sur l'analyse de quarante-trois cas particuliers, dont quelques-unes nous appartiennent, et dont les autres existent épars dans différens ouvrages.

Dans ces quarante-trois cas, le cancer n'a pas toujours eu pour siége les hémisphères cérébraux eux-mêmes : trente-une fois il affectait ces hémisphères, trois fois la glande pituitaire, cinq fois le cervelet, une fois le mésocéphale, et trois fois la moelle épinière.

Le volume des masses cancéreuses développées dans les centres nerveux est loin d'être toujours le même; il y a des cas où un hémisphère occupé tout entier est transformé en cancer; il y en a d'autres où le produit accidentel égal à peine la grosseur d'une noisette.

Leur nombre est également variable : tantôt il n'y en a qu'un seul; tantôt on en trouve plusieurs qui occupent divers points de l'encéphale.

Autour de ces masses cancéreuses, la substance nerveuse présente un aspect qui est loin d'être toujours identique. Il y a des cas où elle présente toutes les conditions de son état normal; il y en a d'autres où elle est altérée, soit simplement injectée à divers degrés, soit indurée et plus souvent ramollie.

Lorsque le cancer atteint la périphérie du cerveau, il peut envahir les méninges et les détruire ; il peut encore étendre ses ravages jusque sur le tissu osseux lui-même ; on a vu des cas où il avait détruit complètement les os temporal et frontal ; on en a vu d'autres où après avoir perforé la lame criblée de l'ethmoïde il avait pénétré dans les fosses nasales, et rempli les différens sinus qui communiquent avec ces cavités. Dans un cas, le cancer, développé du côté de la face inférieure du cerveau, était sorti du crâne, en envoyant des ramifications à travers les trous de sa base.

Lorsque le cancer est situé de manière à toucher les nerfs, il les laisse rarement intacts ; tantôt ils subissent aussi la dégénération cancéreuse ; tantôt ils sont comprimés ou détruits par la tumeur qui les entoure.

Parmi les quarante-trois cas sur lesquels porte notre analyse, il y en avait dix dans lesquels le cancer dont les centres nerveux étaient le siége avait aussi envahi d'autres organes. Dans aucun de ces dix cas, le cerveau ne paraît avoir été le siége primitif du mal ; et il a fallu que divers points eussent déjà été envahis par lui, pour que les centres nerveux en fussent affectés à leur tour. Quelquefois même le cerveau n'est devenu cancéreux, qu'après qu'on eut enlevé un cancer dans une partie. Voici à cet égard un cas remarquable que nous avons observé naguère à la Charité dans les salles de MM. Boyer et Roux : un homme reçoit un coup sur le testicule ; cet organe reste tuméfié, douloureux, et il subit rapidement la dégénération cancéreuse ; on en fait l'ablation. Jusqu'au moment de l'opération, tous les autres organes paraissent intacts. A peine ce testicule malade a-t-il été enlevé, que tout à coup cet homme, qui avait conservé jusque là un état général de santé satisfaisant, tombe dans un dépé-

rissement rapide ; il succombe, et à l'ouverture du corps on trouve des masses cancéreuses énormes dans tous les ganglions lymphatiques du mésentère, dans le foie, dans la rate, dans les poumons, et enfin dans le cerveau (1).

Ainsi, dans ce cas, une violence extérieure agit d'abord comme cause purement occasionelle pour développer dans la partie accidentellement irritée une lésion à laquelle l'économie était prédisposée ; sans cette prédisposition, elle ne l'aurait pas produite. Une fois le branle donné, si je puis ainsi dire, c'est de toutes parts que pullulent des cancers ; il n'est plus besoin, pour leur donner naissance, d'une irritation extérieure semblable à celle qui avait agi sur le testicule ; mais, chose remarquable, cette diathèse ne surgit ainsi, ou du moins les symptômes ne nous la traduisent, que lorsqu'on a enlevé l'organe dans lequel la cause du cancer semblait s'être enfermée, et où elle paraissait comme s'épuiser (2).

Les causes sous l'influence desquelles se développe le cancer du cerveau ne sont pas mieux connues que celles qui le produisent dans les autres parties du corps. Là, comme ailleurs, il faut admettre une prédisposition sans laquelle les causes occasionelles restent sans influence. Ces causes occasionelles elles-mêmes ne sont appréciables pour nous que dans le plus petit nombre des cas. Ainsi, sur nos quarante-

(1) Ce cas, que nous ne citons que de mémoire, ne fait pas partie des quarante-trois sur lesquels porte notre analyse.

(2) Nous avons cité dans notre *Précis d'Anatomie pathologique* un autre cas bien remarquable relatif à un homme chez lequel le poumon fut envahi par des tumeurs, constituées par un tissu érectile accidentel. Presque immédiatement après qu'on eut fait chez lui l'ablation d'un testicule où s'était développé ce même tissu.

trois cas, il n'y en a que deux dans lesquels le cancer du cerveau ait succédé à une violence extérieure à laquelle le crâne avait été soumis. Dans aucun de ces cas, il ne s'est développé à la suite d'une maladie aiguë du cerveau ou de ses enveloppes.

Le cancer du cerveau a été observé dans les périodes de la vie les plus diverses, depuis l'âge de 2 ans seulement jusqu'à celui de 77. Voici ce que nous montrent à cet égard nos quarante-trois cas.

Avant l'âge de 20 ans, huit cas de cancers de l'encéphale ont été observés, dont

2 cas à 2 ans.
1 3
1 4
1 7
1 11
1 14
1 17

De 20 à 30 ans, nous ne connaissons que deux cas, dont l'un relatif à un sujet âgé de 21 ans, et l'autre relatif à un sujet âgé de 29 ans.

De 30 à 40 ans, nous trouvons huit cas répartis ainsi qu'il suit :

2 cas à 33 ans.
1 34
1 36
2 37
2 38

De 40 à 50 ans, nous trouvons onze cas répartis ainsi qu'il suit :

1	cas à	40	ans.
1	......	41	
3	......	45	
3	......	47	
2	......	48	
1	......	50	

De 50 à 60 ans, nous trouvons neuf cas répartis ainsi qu'il suit :

1	cas à	51	ans.
3	......	52	
1	......	55	
1	......	57	
3	......	58	

De 60 à 80 ans, nous trouvons cinq cas répartis ainsi qu'il suit :

1	cas à	62	ans.
1	......	64	
1	......	66	
1	......	71	
1	......	77	

Comme tous les autres produits accidentels développés dans le cerveau, le cancer n'y révèle sa présence par aucun symptôme caractéristique. Suivant sa situation, son volume, l'état de la substanee nerveuse autour de lui, et enfin suivant la manière toute vitale dont le cerveau est affecté par sa présence, ce produit morbide s'accompagne d'accidens divers, et c'est bien moins par leur nature même, que par leur mode d'apparition et d'enchaînement, et par l'ensemble des circonstances de la maladie, qu'on peut parvenir à en établir le diagnostic.

Ces accidens peuvent porter sur l'intelligence, sur le mou-

vement, sur le sentiment, sur les différens actes de la vie organique.

Les altérations de l'intelligence ne sont rien moins que constantes : loin de là, dans le plus grand nombre des cas observés jusqu'à ce jour, l'intelligence est restée intacte. Dans d'autres, elle ne s'est troublée que dans les derniers temps de la maladie. Il y a aussi des cas où ce n'est qu'à des intervalles plus ou moins éloignés que les facultés intellectuelles perdent leur lucidité ; les sujets présentent de temps en temps, soit un état obtus de l'intelligence, soit une perte plus ou moins considérable de la mémoire, soit un véritable délire. Enfin, quelques-uns des individus, dans le cerveau desquels on a constaté pour toute lésion la présence d'un cancer, ont été frappés d'aliénation mentale.

Les lésions du mouvement ne sont pas plus constantes que celles de l'intelligence ; on les a vues manquer dans plus d'un cas. Lorsqu'elles existent, ce qui est d'ailleurs le cas le plus commun, elles consistent le plus ordinairement dans une paralysie qui s'établit graduellement. Tantôt cette paralysie est partielle ; c'est une simple hémiplégie, ou bien encore une paraplégie. Cette dernière espèce de paralysie avait lieu dans un cas remarquable cité par M. Esquirol, où chaque extrémité antérieure de l'un et l'autre hémisphère était occupée par une masse cancéreuse.

Cette paralysie peut d'ailleurs être simple ou compliquée de contracture, soit continuellement, soit par intervalles.

Chez plusieurs sujets, il survient par intervalles des mouvemens convulsifs, tantôt partiels, tantôt généraux.

Enfin, dans plus d'un cas, l'existence d'accès d'épilepsie a coïncidé avec le développement d'un cancer en différens points de l'encéphale. Ainsi, plus nous avançons, et plus

nous voyons l'épilepsie se montrer à propos des lésions les plus diverses, mais n'appartenir exclusivement à aucune.

Les lésions du sentiment sont aussi variables que celles du mouvement et de l'intelligence. Ainsi la céphalalgie, bien que fréquente, ne se montre pas dans tous les cas : elle présente les plus grandes différences sous le rapport de son intensité, tantôt fort légère, et n'étant indiquée par le malade que lorsqu'on sollicite à cet égard ses questions ; tantôt tellement intense, qu'elle constitue l'accident prédominant de la maladie. Sa nature varie comme son intensité : il s'en faut qu'elle ait toujours ce caractère lancinant que l'on donne comme se liant spécialement aux affections cancéreuses. Ce genre de douleur a même été rarement signalé dans les différentes observations sur le cancer du cerveau publiées jusqu'à ce jour. Dans une des observations que nous citerons plus bas, nous constaterons cependant l'existence de cette douleur lancinante.

Que si nous étudions cette douleur sous le rapport de son siége, nous trouverons que, dans certains cas, elle est générale, et n'indique nullement le point du cerveau qui est lésé ; tandis que, dans d'autres cas, elle n'existe que d'un côté, et alors elle a plus de valeur comme signe diagnostic ; mais si dans ce cas elle éclaire sur le siége de l'affection, peut-elle en révéler la nature ? Non sans doute, car elle peut être produite par bien d'autres lésions, et, entre autres, par un ramollissement, ainsi que nous l'avons vu. Est-ce donc par son caractère particulier ou par son intensité que nous distinguerons la douleur du cancer cérébral d'avec celle qui accompagne d'autres affections de l'encéphale ? Nous ne pouvons arriver ainsi qu'à de simples probabilités, jamais à la certitude.

La douleur du cancer du cerveau simule dans quelques cas une névralgie par la manière dont elle s'irradie d'un point toujours le même vers d'autres parties du crâne. Comme la névralgie, elle peut se montrer sous une forme intermittente, sans qu'il y ait toutefois rien de régulier dans ses retours. Comme certaines douleurs dites nerveuses, nous l'avons vue diminuer par une pression plus ou moins forte, exercée sur les points quelle occupe. Les saignées, qui n'ont aucune prise sur l'affection organique dont elle est un symptôme, peuvent cependant la diminuer, ou même la faire disparaître momentanément. Parmi les observations publiées, il en est dans lesquelles on voit la douleur revenir ou s'exaspérer au retour de chaque époque menstruelle (1), puis cesser ou diminuer, une fois que le sang a commencé à couler. Dans tous ces cas cependant la lésion organique reste la même ; mais autour d'elle changent sans cesse les conditions de la pulpe nerveuse.

La douleur, dont la tête est le siége dans le cancer du cerveau, peut se répéter dans d'autres parties. C'est ainsi que dans certains cas les individus atteints de cette affection ont éprouvé dans le tronc et dans les membres des douleurs plus ou moins vives, qui simulaient encore très-bien les douleurs rhumatismales ou nerveuses. D'autres ont offert une exaltation singulière de la sensibilité cutanée ; on ne pouvait point tou-

---

(1) Nul doute qu'à chaque époque menstruelle la modification qu'éprouve l'utérus ne soit ressentie par tous les points de l'économie. D'innombrables faits justifieraient cette assertion ; en voici un assez remarquable : Nous connaissons une dame chez laquelle, à chaque retour de règles, la peau d'un de ses bras, qui porte la cicatrice d'un ancien cautère, rougit et devient le siége d'une vive démangeaison.

cher la peau sans produire une impression des plus pénibles, tandis que d'autres fois, au contraire, la peau avait perdu toute sensibilité. Quelquefois, enfin, un prurit insupportable tourmentait les malades. Ainsi, à propos d'une lésion identique, le cerveau, chez chaque individu, réfléchit dans les organes la diversité infinie de ses impressions par la diversité même des phénomènes qu'il y détermine.

Les fonctions des organes des sens ont été altérées dans quelques cas, bien que les nerfs qui leur appartiennent ne fussent pas compris dans la dégénération cancéreuse. Rien de plus remarquable sous ce rapport qu'un cas publié dans un recueil périodique, relatif à une fille âgée de 17 ans, qui perdit successivement l'usage de tous ses sens, et chez laquelle s'abolit en même temps le mouvement, tandis qu'au milieu de tout ce désordre l'intelligence restait intacte.

Dans trois cas de cancers du corps pituitaire qui ont été publiés, il y avait amaurose; mais cette circonstance dépendait sans doute de la participation des nerfs optiques à la maladie.

Dans l'un de ces cas, le premier symptôme avait été même un affaiblissement graduel de la vue, accompagné de vives douleurs frontales. Pendant trois ans on n'observa rien autre chose, puis il survint un assoupissement de plus en plus profond au milieu duquel le malade succomba.

Du côté de la vie de nutrition, on n'observe rien de spécial. Chez quelques individus on a remarqué des vomissemens opiniâtres, phénomène qui se retrouve dans un certain nombre d'affections cérébrales, aiguës ou chroniques, fort différentes les unes des autres.

La teinte jaune paille de la face n'est pas ici plus constante que dans les autres maladies cancéreuses.

Rien de plus variable que la durée du cancer cérébral ; tantôt quelques mois s'écoulent seulement entre l'apparition des premiers symptômes et la mort ; tantôt ces symptômes se prolongent pendant plusieurs années avant d'amener la terminaison fatale. Celle-ci peut survenir de deux manières : ou bien les signes d'une encéphalite aiguë surviennent, et les individus succombent soit dans le coma, soit dans les convulsions ; ou bien ils s'éteignent graduellement ; leurs forces se perdent, toutes leurs fonctions se détériorent ; des phlegmasies intercurrentes viennent frapper le poumon ou les voies digestives ; des eschares se forment à la peau, et la mort est le résultat de toutes ces causes réunies de destruction.

Les cinq observations suivantes, recueillies par nous, peuvent être ajoutées à celles que la science possède déjà.

Ire OBSERVATION.

Ancienne douleur de tête, bornée à un côté du crâne ; hémiplégie. Symptômes intermittens de congestion cérébrale. Cancer dans l'hémisphère droit.

Un homme de 58 ans, d'une forte constitution, ressentit pour la première fois, il y a quinze ans, une vive douleur qui se répandait en rayonnant de la tempe droite sur tout le côté droit de la tête et de la face. Cette douleur persista pendant six semaines. Les années suivantes, elle revint plusieurs fois sans avoir rien de régulier ni dans ses retours, ni dans sa durée. Elle reparut, il y a deux mois, avec plus de violence que jamais. Bientôt elle devint assez intense pour obliger le malade à suspendre ses occupations. Un emplâtre vésicatoire, appliqué sur la tempe droite, la calma pour quelques jours.

Entré à l'hôpital de la Charité, le 15 novembre 1821, le malade était dans l'état suivant.

Face jaune, abattue ; facultés intellectuelles et sensoriales intactes, si ce n'est qu'il existait de temps en temps une diplopie momentanée ; forces musculaires conservées ; douleurs très fortes dans le côté droit de la tête, s'étendant quelquefois au côté correspondant de la face, s'exaspérant par intervalles, au point d'arracher des cris au malade, tantôt lancinantes, tantôt imitant un trait de feu qui traverserait la tête, diminuant par la chaleur ou par une pression forte exercée sur la tempe, se changeant parfois en un sentiment de froid pénible. Œil droit habituellement larmoyant ; pouls fort et lent ; digestion et respiration dans l'état naturel (*mouche d'opium sur la tempe droite, pédiluve sinapisé, limonade avec crême de tartre, vésicatoire à la nuque*).

Cependant l'état du malade restait à peu près le même ; la nuit, la douleur était intolérable. Le 21 novembre, le malade s'étant levé, sentit fléchir ses jambes et tomba. Le lendemain 22, ses yeux étaient fermés ; il ne répondait pas aux questions (*trente sangsues à l'anus, sinapismes, lavement purgatif*).

Le 23, assoupissement, réponses aux questions, paupière supérieure droite paralysée, commissure droite des lèvres tirée en haut, nul mouvement volontaire dans les membres gauches, point de déviation de la langue, conservation de la sensibilité, douleur de tête beaucoup moindre (*arnica, lavement de séné*).

Depuis cette époque, les symptômes précédens persistèrent; en outre, le malade s'affaiblissait rapidement ; ses traits se décomposaient ; sa face prenait une teinte de plus en plus jaune ; son pouls s'amollissait, s'accélérait, et présentait d'ail-

leurs, du jour au lendemain, les plus grandes variations. La langue était alternativemeut brune et vermeille, sèche et humide. Plusieurs fois on trouva le malade plongé dans un coma profond, avec un râle trachéal qui semblait annoncer sa fin prochaine; le lendemain, ce râle n'existait plus, ou était beaucoup moins fort, et l'intelligence s'était rétablie. Le malade ne se plaignait plus de sa douleur de tête, était dans un état d'apathie remarquable et comme indifférent à sa situation; il ressemblait à un homme qui sort d'un profond sommeil; son œil était ferme et sans expression. (*Vésicatoires volans sur la poitrine; vésicatoire fixe sur la jambe, décoction de polygala, potions toniques; lavemens et apozèmes laxatifs, pour entretenir la liberté du ventre*).

Cependant l'état adynamique ne cesse de faire des progrès; l'assoupissement devient continuel ainsi que le râle, lequel persiste plusieurs jours; puis le pouls cesse de se faire sentir, les extrémités se refroidissent et le malade succombe.

OUVERTURE DU CADAVRE

26 heures après la mort.

Crâne. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré d'une quantité médiocre de sérosité. Vues à l'extérieur, les circonvolutions de l'hémisphère droit paraissaient aplaties. Coupé par tranches minces jusqu'au niveau du corps calleux, le cerveau ne présenta rien de remarquable, si ce n'est qu'il s'écoula une quantité notable de sérosité de chaque ventricule latéral. En avant de la couche optique du côté droit est un petit ramollissement de la grandeur d'une pièce de vingt sous : là, la substance cérébrale, légèrement jaunâtre, était réduite en une sorte de pulpe diffluente; mais en dehors

de la couche optique droite et du corps strié correspondant, existait une autre espèce d'altération. Dans l'étendue de quatre travers de doigt en longueur, et de deux ou trois en largeur, apparaissait une surface d'un gris rougeâtre, bosselée, rugueuse, inégale, offrant tout-à-fait l'aspect de certaines fongosités de la dure-mère. En incisant cette partie, le scalpel éprouvait une résistance semblable à celle que lui opposent les masses squirrheuses de l'estomac et du foie. Là se trouvait un tissu comme aréolé, d'un blanc bleuâtre, demi-transparent, très dur, et creusé çà et là de petites cavités pleines d'un liquide analogue, pour aspect, à de la *gelée de pomme* (squirrhe à l'état de crudité et de ramollissement). En d'autres points, on voyait un tissu d'un blanc sale, assez consistant, et parcouru par des lignes rougeâtres s'entre-croisant en divers sens (encéphaloïde à l'état de crudité). En d'autres points enfin, l'on ne trouvait plus qu'une sorte de bouillie rougeâtre (encéphaloïde à l'état de ramollissement). Cette altération régnait, en hauteur, depuis le niveau de la couche optique jusque près de la base du cerveau. La substance cérébrale, saine autour d'elle, lui était unie par continuité de tissu. Les poumons crépitaient très bien, et étaient à peine engoués. Les parois du ventricule gauche étaient un peu hypertrophiées.

Rien de remarquable dans les autres viscères.

Nous voyons dans ce cas une hémicrânie violente se montrer seule pendant plusieurs années, et, ainsi isolée de tout autre symptôme, avoir tous les caractères d'une véritable névralgie ; il est cependant bien vraisemblable qu'elle dépendait de la lésion organique dont le cerveau était le siége.

L'altération du mouvement survint d'une manière brusque, comme si la substance cérébrale était devenue le siége d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement. Ce n'est point ainsi que débute ordinairement la paralysie qui dépend d'une affection cancéreuse du cerveau, et c'est là sans doute une des circonstances les plus remarquables de cette observation. Ce qui n'est pas moins digne d'attention, ce sont ces espèces de crises périodiques, résultat probable d'une congestion cérébrale intermittente, pendant lesquelles le malade, plongé dans un coma profond, présentait le râle trachéal des agonisans ; celui-ci disparaissait, ainsi que le coma, l'intelligence se rétablissait, et une mort prochaine n'était plus à redouter. Voilà ce que nous observâmes à plusieurs reprises ; la mort survint enfin par suite de la prolongation d'une semblable crise.

IIe OBSERVATION.

Ancienne hémiplégie, précédée de douleurs qui occupent le côté du crâne opposé à la paralysie. Intégrité de l'intelligence ; tout à coup violent accès d'épilepsie, suivi n coma profond dans lequel le malade succombe.

Un garçon de bureau, âgé de 47 ans à l'époque de son admission à l'hôpital de la Pitié, était atteint d'une hémiplégie droite complète, lorsqu'il fut soumis à notre observation. Cet homme, qui conservait toute la netteté de son esprit, nous raconta que depuis trois ans il ressentait habituellement dans tout le côté gauche du crâne une douleur qu'il attribuait à un rhumatisme ; il avait eu effectivement plusieurs atteintes de cette dernière maladie. La douleur qu'il éprou-

vait ne cessait jamais complètement; mais ordinairement assez sourde, elle devenait parfois beaucoup plus vive, et alors elle s'accompagnait d'abondans vomissemens d'une matière verte. On lui avait souvent répété, et il croyait lui-même, que cette exaspération périodique de sa céphalalgie était une migraine.

Pendant deux ans, il n'avait éprouvé aucun autre accident que cette douleur de tête, qui ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations. Au bout de ce laps de temps, et à la suite d'une de ses migraines qui avait été très forte, et qui s'était prolongée au-delà du terme ordinaire, il commença à ressentir, dans la main et dans le pied du côté droit, un fourmillement incommode qui disparut spontanément au bout de quelques jours. Deux mois après, il eut une nouvelle migraine aussi forte que la précédente, et à sa suite le même fourmillement reparut. Mais cette fois il ne cessa plus, et bientôt les membres droits devinrent plus faibles que ceux du côté gauche, puis ils se paralysèrent complètement. La paralysie ne fut complète que huit mois environ après la première apparition du fourmillement.

Lorsque nous vîmes le malade, il avait toujours sa douleur de tête, mais il y avait long-temps qu'elle ne s'était exaspérée de manière à produire ce qu'il appelait sa migraine. Les muscles de la face étaient le siége de petits mouvemens convulsifs qui ressemblaient à une sorte de tic, et dont le malade ne s'apercevait pas. Les membres droits étaient complètement privés de mouvement, et la peau qui les recouvre était beaucoup moins sensible que celle des membres du côté gauche. Les organes des sens n'avaient subi aucune altération. Nous avons déjà dit que l'intelligence était parfaitement bien conservée. Le pouls battait soixante-huit fois par minute, il était régulier et bien développé.

Dix à douze jours se passèrent, sans que l'état du malade présentât aucun changement. Au bout de ce temps, la céphalalgie s'exaspéra tout à coup. Lorsque nous vîmes le malade, elle durait, à un haut degré d'intensité, depuis la veille au soir; ses traits étaient profondément altérés par la douleur, il demandait à grands cris qu'on le soulageât; un bassin, placé près de son lit, était rempli d'une grande quantité de bile verte qu'il avait vomie toute la nuit. Le pouls avait pris une grande fréquence, et des mouvemens convulsifs, beaucoup plus forts que de coutume, agitaient les muscles de la face. Dans cet état, nous voulûmes essayer quelle serait l'influence d'une saignée; seize onces de sang furent tirés; il n'en résulta aucune amélioration. Peu de temps après qu'elle eut été pratiquée, le malade perdit tout à coup connaissance, des mouvemens convulsifs apparurent, et l'on observa tous les phénomènes qui caractérisent un accès d'épilepsie. Les convulsions cessèrent bientôt, mais elles furent remplacées par un coma profond au milieu duquel le malade succomba pendant la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE

Une masse cancéreuse, du volume d'un œuf de poule, ayant les mêmes caractères que ceux que nous avons décrits avec détail dans l'observation précédente, occupait la partie centrale de l'hémisphère gauche du cerveau; elle avait envahi la couche optique et le corps strié de ce côté. Toute la masse encéphalique était vivement injectée.

Dans les cavités thoracique et abdominale, les organes furent trouvés sains.

Cette longue maladie se termine par un violent accès d'épilepsie, et elle a commencé, comme celle dont il est question dans l'observation I, par une céphalalgie qui long-temps ne parut se rattacher à aucune lésion grave. Entre ces deux périodes extrêmes, se place une paralysie qui s'établit graduellement, et qui débute à la suite d'une des exaspérations de la céphalalgie ; l'intelligence reste encore ici plus nette que chez le sujet de l'observation I ; nous allons voir, au contraire le trouble de cette fonction être très prononcé chez le sujet de l'observation qui va suivre.

IIIe OBSERVATION.

Signes passagers d'aliénation mentale ; intelligence habituellement très obtuse. Contracture des membres droits. Prostration de plus en plus grande et mort.

Une femme, âgée de 48 ans, entra à l'hôpital de la Charité avec une intelligence tellement obtuse qu'on ne put tirer d'elle aucun renseignement sur les antécédens de sa maladie. Elle ne répondait aux questions qu'on lui adressait que d'une manière très vague ; à peine savait-elle où elle était, et elle ne se rappelait plus où elle demeurait. Tout ce que nous sûmes de ceux qui l'amenèrent, c'est qu'à une époque où elle avait encore son intelligence, elle avait eu à diverses reprises des accès de véritable folie, pour lesquels on l'avait admise deux fois à la Salpêtrière. Peu à peu elle était tombée dans une sorte d'idiotisme, et il fallait, nous dit-on, la soigner comme un enfant. Mais un autre phénomène existait

chez elle ; c'était une forte contracture des membres supérieur et inférieur du côté droit.

Dès l'époque de son entrée, cette femme offrait une prostration considérable ; elle avait la langue sèche, et déjà une eschare existait au sacrum. Les jours suivans, l'état adynamique se prononça de plus en plus, une abondante diarrhée survint, la respiration devint stertoreuse, et la malade ne tarda pas à succomber.

OUVERTURE DU CADAVRE.

A peine la voûte du crâne eut-elle été enlevée, et la dure-mère incisée, que nous fûmes frappés de l'aspect bosselé que nous présentèrent les circonvolutions du lobe moyen de l'hémisphère droit ; elles étaient singulièrement déformées, et bien différentes de celles du côté opposé. En les touchant nous fûmes frappés de leur dureté ; elles criaient sous le scalpel avec lequel nous cherchions à les inciser ; cette dureté insolite s'étendait en profondeur jusqu'un peu au-dessus du niveau du centre ovale de Vieussens : les couches optiques et le corps strié n'y participaient pas. Partout où la substance cérébrale était ainsi indurée, elle était en même temps transformée en un tissu lardacé qui avait tous les caractères du squirrhe ; en plusieurs points ce tissu était creusé de petites cavités que remplissait une matière tremblante, d'un blanc grisâtre, semblable à de la colle.

Nous ne trouvâmes aucune autre altération dans les centres nerveux, non plus que dans leurs enveloppes.

Trois ou quatre tubercules crétacés, entourés d'un tissu noir et induré, existaient au sommet des deux poumons.

La membrane muqueuse de l'estomac offrait une teinte ar-

doisée et une consistance plus grande que de coutume dans toute la portion pylorique ; vers le grand cul-de-sac, elle était rougeâtre et molle. La membrane muqueuse de la fin de l'iléum, et celle du cœcum étaient vivement injectées, sans être notablement ramollies.

Voilà un cas dans lequel les symptômes du cancer du cerveau ne sont plus les mêmes à certains égards que dans les observations I et II. D'abord, au lieu d'une simple paralysie, c'est une contracture qui existe ; mais ce qui différencie surtout cette observation des deux précédentes, c'est le trouble qu'a subi l'intelligence ; ce sont ces altérations passagères de la raison, qui aboutissent enfin à une sorte de démence.

Dans ces trois cas, la nature de la lésion est identique ; mais elle n'a pas le même siége : dans les deux premiers, les circonvolutions sont restées intactes ; dans le troisième, elles sont atteintes, et, sans prétendre en tirer aucune conséquence générale, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que ce fut seulement dans le cas où la périphérie du cerveau participa à la dégénération cancéreuse que les facultés intellectuelles furent compromises.

Ce n'est point l'anatomie pathologique qui peut ici nous apprendre pourquoi, dans les deux premiers cas, il y eut simple paralysie, et contracture dans le troisième.

Comment ne pas remarquer encore la manière toute différente dont la mort survint dans ces trois cas ? Ici pas de coma, pas de convulsions épileptiformes ou autres, mais on observe une simple prostration qui augmente de plus en plus, et à laquelle ne fut pas sans doute étranger l'état du tube digestif.

IVe OBSERVATION.

Cancer du cerveau se répétant dans les reins et dans un grand nombre d'os. Paralysie d'un des membres thoraciques. Céphalalgie. État apathique remarquable.

Un homme, âgé de 45 ans, se plaignit à nous, lors de son entrée à la Charité, d'une douleur dans l'articulation coxo-fémorale gauche; les environs de cette articulation étaient le siége d'un gonflement considérable; de plus, l'on retrouvait la plupart des signes d'une fracture du col du fémur; raccourcissement du membre; déviation de la pointe du pied en dehors; impossibilité de fléchir la cuisse sur le bassin, la jambe étant étendue sur la cuisse; grand trochanter gauche plus saillant et plus rapproché de la crête iliaque que celui du côté opposé : tout mouvement de l'articulation était absolument impossible. Cependant le malade assurait qu'il n'avait pas fait de chute, qu'il n'avait été soumis à l'action d'aucune violence extérieure; la face avait une teinte jaune paille des plus remarquables. Un autre phénomène nous frappa : c'était une paralysie complète de tout le membre thoracique gauche. Le malade nous dit qu'il avait perdu insensiblement l'usage de ce membre : il y avait environ huit à neuf mois qu'il avait commencé à s'apercevoir qu'il ne pouvait pas s'en servir aussi facilement que l'autre; de temps en temps il y avait éprouvé de vives douleurs. Il nous dit aussi que depuis cinq à six mois il était tourmenté par un mal de tête presque continuel qui avait son siége principal dans le côté droit du crâne : il n'accusait de douleur dans aucun autre point du corps. Les fonctions digestive et respiratoire étaient intactes; le pouls présentait une légère accélération.

Cet homme qui paraissait être atteint d'une maladie essentiellement chirurgicale, resta cependant dans une de nos salles : peu à peu son intelligence s'affaissa; il ne se plaignait pas, ne demandait rien, répondait à peine quelques mots lorsqu'on lui parlait, et nous étions frappés chaque matin de l'état d'apathie et d'immobilité dans lequel il restait continuellemeet plongé. Cependant, par suite de la position constante sur le dos que gardait le malade, son sacrum s'excoria : en peu de jours, et malgré tous les moyens de l'art employés en pareil cas, cette excoriation se transforma en un ulcère qui ne cessa de s'étendre en profondeur et en largeur. Nous vîmes dès-lors le malade s'affaiblir de plus en plus; sa langue se sécha et noircit; ses dents et ses lèvres se couvrirent de croûtes fuligineuses. Pendant les dernières vingt-quatre heures de la vie, la respiration fut remarquable par son extrême lenteur; il semblait que chaque inspiration fût la dernière, tant était long l'intervalle qui la séparait des suivantes : un râle de trois heures précéda la mort.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Nous trouvâmes la couche optique gauche et la substance nerveuse qui l'environne transformées en un tissu lardacé qui avait tous les caractères de la matière cancéreuse. Aucune autre altération n'existait dans l'encéphale; peu de sérosité existait dans les ventricules.

Une sérosité spumeuse et incolore s'écoulait en abondance des deux poumons.

La membrane muqueuse de l'estomac avait dans la plus grande partie de son étendue une teinte ardoisée : le reste du tube digestif était blanc.

Le rein gauche était occupé, dans les trois quarts au moins de son étendue, par un tissu d'un blanc mat que parcouraient de nombreuses lignes rougeâtres : dur en certains points, ce tissu présentait en d'autres une sorte de différence semblable à celle de la pulpe cérébrale ramollie ; ailleurs il était transformé en une bouillie rougeâtre : à ces caractères on ne pouvait méconnaître la dégénération du parenchyme du rein en tissu encéphaloïde. La même altération existait dans le rein droit, mais moins étendue et moins avancée.

Aucune trace de cancer n'existait dans les autres organes du thorax ou de l'abdomen ; mais le tissu osseux était le siége d'une altération bien remarquable que nous allons décrire.

La tête du fémur gauche était entièrement séparée du corps de cet os ; à la place de son col, dont la substance osseuse était entièrement détruite, existait une matière demi-liquide, pultacée, d'un rouge de brique, analogue au détritus rougeâtre qui résulte du ramollissement du tissu encéphaloïde. Une pareille matière remplissait l'intérieur de la tête du fémur. Cette tête ne consistait plus qu'en une sorte de sphère creuse à parois très minces ; il est vraisemblable qu'encore un peu de temps, et elle eût entièrement disparu. L'extrémité supérieure du fragment inférieur était hérissée de nombreuses aspérités.

Les troisième, cinquième, sixième et septième côtés, tant à droite qu'à gauche, présentaient plusieurs solutions de continuité, et à la place qu'aurait dû occuper le tissu osseux détruit, on trouvait une matière rougeâtre, semblable à celle qui était interposée entre la tête du fémur et son corps : la sixième côte droite présentait elle seule trois semblables solutions de continuité.

En examinant les os du crâne, nous trouvâmesque le pa-

riétal droit présentait à sa partie antérieure et moyenne une perforation irrégulièrement arrondie, assez large pour admettre l'extrémité du pouce : elle était occupée par la même matière rougeâtre déjà décrite. Cette matière était épanchée sur la dure-mère dans une étendue trois fois plus grande au moins que celle de la perforation elle-même : au-dessous d'elle la dure-mère était saine. Du pourtour de l'ouverture on voyait s'avancer vers son centre des débris de substance osseuse sous forme de longues arêtes.

Enfin, la première pièce du sternum était en grande partie transformée en cette même matière rougeâtre, autour de laquelle le tissu osseux avait l'aspect lardacé.

Les autres os ne présentèrent point d'altération. Les os longs toutefois étaient remarquables par le calibre considérable de leur canal médullaire.

Une céphalalgie datant de plusieurs mois, mais qui ne s'exaspère plus par intervalles comme dans les cas précédens, une paralysie graduellement établie, et dont l'existence ne peut être bien constatée que dans le membre thoracique opposé à l'hémisphère lésé ; enfin, dans les derniers temps, une sorte d'apathie des plus remarquables, tels sont les seuls symptômes qui traduisirent chez cet individu le cancer du cerveau. Mais ce cancer n'était qu'un des élémens de la maladie dont il était atteint ; et nous appelons toute l'attention du lecteur sur la répétition de ce même cancer et dans le système osseux et dans les organes sécréteurs de l'urine.

Nous allons voir encore dans l'observation suivante un exemple de diathèse cancéreuse, dans laquelle le cerveau se trouve aussi atteint, mais sans que par aucun symptôme il révèle son état morbide.

Ve OBSERVATION.

Cancer du cerveau, du foie, de la rate, de l'estomac, de l'utérus, des ovaires, et d'un grand nombre de ganglions lymphatiques. Aucun symptôme du côté du cerveau.

Une femme, âgée de 40 ans environ, ne présenta autre chose, pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital de la Pitié, que les signes ordinaires d'un cancer utérin : elle n'offrit du côté des centres nerveux aucun désordre fonctionnel appréciable. Elle succomba à une pleurésie droite terminée par un épanchement séro-purulent : voici ce que nous trouvâmes à l'ouverture de son corps.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Petite masse cancéreuse du volume d'un pois dans le corps strié gauche ; seconde masse cancéreuse du volume d'une noisette à l'union des lobes moyen et postérieur de l'hémisphère droit, au niveau du centre ovale de Vieussens ; elle touche le corps frangé ; troisième masse cancéreuse, ayant aussi le volume d'une noisette dans la partie antérieure du corps strié droit.

Thorax. Rien de remarquable dans les organes qu'il contient, si ce n'est un épanchement qui existe dans la plèvre droite.

Abdomen. Nombreuses masses cancéreuses dans le foie et dans la rate ; épaississement squirrheux, criant sous le scalpel, des tuniques de l'estomac autour du pylore ; utérus envahi par la dégénération cancéreuse dans son corps et dans son col ; les deux ovaires l'ont également éprouvée. Les ganglions

lympathiques prévertébraux, ceux du bassin et des aines, d'autres qui existent aux environs du pancréas sont aussi transformés en grosses masses cancéreuses.

Dans ce cas, encore plus que dans le précédent, le cancer trouvé dans le cerveau n'est qu'un élément d'une maladie plus générale, dont les autres élémens nous apparaissent dans une foule de points divers.

L'absence des symptômes cérébraux dans ce cas est en rapport avec le volume des masses cancéreuses, beaucoup moins considérable que dans aucun des cas précédens : c'est du reste la seule observation dans laquelle nous ayons trouvé le cancer développé à la fois dans les deux hémisphères.

LIVRE TROISIÈME.

MALADIES DU CERVELET.

Ces maladies sont beaucoup plus rares que celles des hémisphères cérébraux. Nous n'en avons recueilli que seize cas, dans un espace de quinze années d'observation dans les hôpitaux. Nous allons les rapporter successivement, en rapprochant de ces cas ceux du même genre qui ont déjà été publiés par divers auteurs ; nous chercherons à tirer de l'étude comparative de ces différens cas quelques conséquences relatives à la nature des désordres fonctionnels auxquels donnent lieu les lésions du cervelet.

Section première.

OBSERVATIONS SUR L'HÉMORRHAGIE DU CERVELET.

Dans les six observations qu'on va lire, l'hémorrhagie du cervelet a existé seule trois fois, et trois autres fois elle a coïncidé avec un épanchement de sang dans un des hémisphères cérébraux.

Ire OBSERVATION.

Épanchement de sang dans l'hémisphère droit du cervelet. Hémiplégie gauche, accompagnée de perte de connaissance; mort 50 heures après l'apparition des premiers accidens apoplectiques.

Une fille, âgée de 21 ans, était traitée à la Charité pour une gastrite chronique. Elle en présentait les symptômes depuis une couple d'années. Un soir à six heures, peu de temps après avoir mangé, et avant qu'elle ne se fût mise au lit, elle tomba tout à coup privée de connaissance et de mouvement; au bout d'une heure environ, elle a repris l'usage de ses sens; mais elle ne peut plus imprimer aucun mouvement aux deux membres du côté gauche. Lorsque nous la voyons le lendemain matin, elle nous présente l'état suivant.

Forte injection de la face, égale des deux côtés; contraction des pupilles; conservation de la vue; air de stupeur; toutefois réponse nette aux questions; aucun embarras dans la parole. La langue se tire droite, et les lèvres ne sont pas déviées. Les deux membres du côté gauche sont complète-

ment privés de tout mouvement volontaire; ils n'offrent d'ailleurs aucune trace de contracture; la peau qui les recouvre a perdu une partie de sa sensibilité. Le pouls bat soixante-quinze fois par minute; il a un bon développement; la peau a sa chaleur normale; la respiration est accélérée (nous comptons de trente à trente-quatre respirations par minute). Cette fille nous paraît avoir été frappée d'une hémorrhagie cérébrale, une saignée de seize onces lui est pratiquée.

A la visite suivante, son état a beaucoup empiré; elle est plongée dans un coma profond, et ne répond plus; la peau est devenue insensible à l'action des excitans, à droite comme à gauche. Les membres droits, soulevés, se soutiennent quelques secondes en l'air, et ne retombent que peu à peu; il n'en est pas de même des membres gauches qui retombent au contraire comme des masses inertes. La respiration est fortement stertoreuse.

Dans la journée, les symptômes de carus deviennent de plus en plus prononcés, et la malade succombe le soir à huit heures.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Assez forte injection du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux. Ceux-ci ne présentent aucune altération appréciable, si ce n'est un sablé assez prononcé de leur tissu. Les ventricules contiennent peu de sérosité.

Dans la partie centrale de l'hémisphère droit du cervelet, existe un épanchement de sang qui a creusé, dans la substance nerveuse, une cavité assez considérable pour qu'un œuf de poule pût y être logé. Autour de cette cavité, le tissu

du cervelet est rouge et ramolli dans l'espace de trois ou quatre lignes; plus loin il est sain.

Thorax. Engouement séro-sanguinolent des deux poumons, et surtout du gauche. Cœur à l'état normal ainsi que ses annexes.

Abdomen. Induration squirrheuse du tissu cellulaire sous-muqueux de l'estomac dans toute la portion pylorique; au-dessous de ce tissu, hypertrophie considérable de la membrane musculaire, qui est divisée en gros faisceaux par des lignes blanchâtres qui appartiennent à du tissu cellulaire épaissi. En certains points on ne distingue plus de trace de tunique charnue, et l'on ne trouve plus qu'une masse squirrheuse homogène. La membrane muqueuse a une teinte ardoisée, et elle est notablement épaissie.

IIe OBSERVATION.

Hémorrhagie dans l'hémisphère droit du cervelet. Perte subite de connaissance. Hémiplégie gauche. Mort rapide.

Un homme, âgé de 28 ans, entré à la Charité dans le courant du mois de mars 1824, présentait tous les symptômes d'une affection organique du cœur. On entendait à chaque contraction de cet organe un bruit de soufflet très prononcé. Après s'être plaint pendant quelques jours d'étourdissemens et d'une céphalalgie dont il ne pouvait indiquer le siége précis, ce malade fut frappé d'une attaque d'apoplexie des plus graves: coma subit et profond; insensibilité générale aux stimulans extérieurs. Cependant nous pouvons encore nous assurer qu'il n'y a de véritable paralysie que du côté gauche. En effet, si on soulève les membres droits, ils

ne retombent que lentement ; si on soulève les membres gauches, ils retombent brusquement, comme des masses inertes. En pinçant très fortement la peau, on voit les membres droits se remuer, en même temps que les muscles de la face se contractent, et une légère plainte se fait entendre ; au contraire, les membres gauches restent immobiles.

Tel fut l'état dans lequel nous vîmes ce malade à notre visite, quinze heures environ après son attaque; la respiration était fortement stertoreuse ; le pouls, sans fréquence, se laissait difficilement déprimer ; il présentait d'assez nombreuses irrégularités ; mais cet état du pouls nous parut se rattacher à l'ancienne affection du cœur. Le malade succomba peu d'heures après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Aucune altération appréciable dans les hémisphères cérébraux, non plus que dans les méninges qui les recouvrent.

Hémisphère droit du cervelet transformé en une sorte de poche que remplit un sang noir, semblable à de la gelée de groseille.

Thorax. Le cœur présentait un volume insolite, qui dépendait de l'état anormal des oreillettes ; elles étaient toutes deux très dilatées, et leurs parois étaient notablement hypertrophiées. La valvule auriculo-ventriculaire droite était dure, épaissie, surtout à son bord libre qui était comme bourgeonné ; elle restait tendue incomplètement, lorsqu'en rapprochant les parties incisées, on regardait de l'oreillette dans les ventricules ; toutefois il restait encore un assez large orifice pour

le passage du sang. A gauche, la valvule mitrale avait subi un épaississement encore plus considérable; elle était cartilagineuse en plusieurs points, osseuse en d'autres. Elle constituait un anneau ou diaphragme immobile à travers l'ouverture duquel le doigt indicateur pouvait à peine être introduit. Les valvules aortiques étaient ossifiées à leur base. Les ventricules avaient conservé leur état normal.

IIIe OBSERVATION.

Épanchement de sang dans l'hémisphère gauche du cervelet. Hémiplégie droite; intelligence obtuse; plus tard chute; état comateux; mort.

Une femme, âgée de 75 ans, entra à la Charité dans l'état suivant. Face pâle, exprimant la stupeur; état fort obtus de l'intelligence; paralysie complète des membres droits; langue sèche et brune; diarrhée; pouls fréquent; peau chaude. Nous n'eûmes aucun renseignement sur les antécédens.

Pendant les cinq à six jours suivans, aucun changement n'eut lieu. Au bout de ce temps, la malade, voulant un matin quitter son lit, se laissa tomber et perdit connaissance; dès-lors état comateux, résolution générale des membres; mort deux jours après la chute.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. La pie-mère qui recouvre la convexité des hémisphères cérébraux était infiltrée de sérosité; il y en avait aussi une assez grande quantité dans les ventricules.

Des caillots de sang remplissaient la fosse occipitale du côté gauche; ce sang s'échappait par une déchirure qu'on

apercevait en un point de la partie postérieure externe de la circonférence de l'hémisphère gauche du cervelet. En pressant sur cet hémisphère, on en faisait couler encore. La déchirure que nous venons d'indiquer nous conduisit par un trajet fistuleux, court, et rempli de sang au milieu d'une cavité creusée dans l'épaisseur du lobe cérébelleux lui-même, et assez considérale pour admettre au moins une grosse noix. Cette cavité contenait un sang noir, moitié liquide, moitié coagulé. Ses parois étaient tapissées par une membrane rougeâtre, d'une ligne d'épaisseur, et qu'on détachait facilement par lambeaux assez larges du tissu qui lui était subjacent. Autour de cette cavité, la substance même du cervelet n'était point ramollie, et n'avait subi aucune altération.

Thorax. Engouement considérable des poumons. Hypertrophie concentrique des parois du ventricule gauche du cœur; quelques points d'ossification vers le bord adhérent des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Abdomen. Ramollissement rougeâtre de la membrane muqueuse de l'estomac vers le grand cul-de-sac de cet organe; injection peu considérable de quelques anses de l'intestin grêle.

La cavité de l'utérus est remplie de sang, et le tissu même du corps de cet organe est d'un rouge intense dans la moitié interne à peu près de son épaisseur.

IVe OBSERVATION.

Double épanchement de sang, l'un dans l'hémisphère gauche du cerveau et l'autre dans l'hémisphère gauche du cervelet. Hémiplégie droite.

Un homme, âgé de 63 ans, fut frappé, en sortant de table, d'une attaque d'apoplexie. Il fut conduit le soir même à la

Pitié. Lorsque nous le vîmes le lendemain matin, il avait recouvré en partie sa connaissance ; il comprenait assez bien les questions que nous lui adressions, mais il y répondait en balbutiant, et d'une manière à peu près inintelligible. La commissure gauche des lèvres se portait fortement en haut; nous ne pûmes pas parvenir à lui faire tirer la langue hors de la bouche. La paupière droite restait plus abaissée sur l'œil que la gauche ; le malade paraissait avoir conservé une égale sensibilité des deux côtés de la face, et il voyait également bien des deux yeux. Il exécutait facilement toutes sortes de mouvemens avec son bras et sa jambe du côté gauche ; mais les membres droits restaient immobiles ; on leur donnait d'ailleurs toutes les positions possibles, sans qu'ils opposassent la moindre résistance; la peau qui les recouvre sentait moins vivement que de l'autre côté la douleur qu'on cherchait à y produire. La respiration était haute et fréquente. Nous ne retrouvons point sur nos notes quel était l'état du pouls (*saignée de seize onces ; eau d'orge avec addition de six gros de sulfate de soude et d'un demi-grain de tartre stibié ; sinapismes aux extrémités inférieures*).

Le lendemain matin, nous trouvâmes le malade dans le même état. Le sang, tiré de la veine, n'était pas couenneux ; plusieurs selles avaient eu lieu à la suite de l'administration de l'apozème (*trente sangsues au cou ; un vésicatoire à chaque cuisse*).

Dans la journée, de nouveaux accidens apparurent. Le malade, qui était resté jusque-là dans un état d'apathie, commença à s'agiter beaucoup, et à délirer ; il criait et parlait sans cesse. Vers le soir, il tomba tout à coup dans le coma, et il succomba pendant la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La pie-mère, qui recouvre la convexité des hémisphères, était très injectée ; cette injection était encore plus marquée à gauche qu'à droite. La substance grise des circonvolutions avait une teinte rosée très prononcée ; sa consistance n'était ni augmentée ni diminuée.

A un pouce environ au-dessous des circonvolutions de l'hémisphère gauche du cerveau, apparaissait une vaste cavité remplie d'un sang noir à moitié coagulé ; cette cavité se terminait au niveau du centre ovale de Vieussens ; elle occupait tout le lobe moyen, et un peu les lobes extérieur et postérieur. Autour d'elle, la substance cérébrale était comme ecchymosée dans l'espace de quatre à cinq lignes ; elle n'avait perdu sa consistance que dans une étendue d'une à deux lignes à partir de la cavité ; aucune membrane ne revêtait les parois de celle-ci.

Aucune autre lésion n'existait dans les hémisphères cérébraux. La sérosité, accumulée dans les ventricules, était assez considérable.

Un second épanchement de sang existait au centre de l'hémisphère gauche du cervelet. La cavité accidentelle qu'il avait produite aurait pu admettre une noix ; autour d'elle, le tissu du cervelet était assez vivement injecté, sans être ramolli. Toutefois un filet d'eau qu'on versait sur les parois minces de cette cavité, y révélait la présence d'un grand nombre de filamens rouges ou blanchâtres qui résultaient du déchirement qu'avait éprouvé la substance nerveuse.

Nous ne trouvâmes rien de remarquable dans le thorax et dans l'abdomen.

Ve OBSERVATION.

Deux attaques d'apoplexie, à trois mois d'intervalles l'une de l'autre. Hémiplégie droite après la première. Kyste apoplectique dans l'hémisphère gauche du cervelet. Hémorrhagie récente dans l'hémisphère droit du cerveau.

Une femme, âgée de 67 ans, avait eu une attaque d'apoplexie deux mois et demi avant d'entrer à la Charité. A la suite de cette attaque, dont les symptômes ne purent nous être rapportés d'une manière précise, elle resta paralysée du côté droit. Lorsque nous commençâmes à l'observer, le mouvement était entièrement aboli dans les deux membres de ce côté, et la sensibilité y était obtuse. L'intelligence était dans un bon état, et la parole était libre. Les sens ne présentaient aucune altération ; la bouche n'avait subi aucune déviation ; la langue se tirait droite.

Cette femme resta quinze jours dans le même état ; puis elle fut frappée d'une seconde attaque d'apoplexie à laquelle elle succomba dans l'espace de quelques heures.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Un vaste épanchement de sang occupe l'hémisphère droit du cerveau, il a envahi la couche optique, le corps strié, et une grande partie de la masse nerveuse située au-dessus et en dehors de ces ganglions, le sang épanché a la couleur et la consistance de la gelée de groseille; il est de toute évidence, d'après l'inspection des parties, que cet épanchement est tout récent.

Dans l'hémisphère gauche du cervelet, au contraire, existe une autre lésion, de formation plus ancienne, et qui indique d'une manière non douteuse qu'une ancienne hémorrhagie s'est accomplie en ce point. C'est une cavité assez grande pour admettre une noix qui contient un caillot de sang d'un rouge brun, solide, autour duquel s'est développée une membrane qui ressemble tout-à-fait à une séreuse. Autour de cette cavité, la substance du cervelet est un peu molle, et jaunâtre.

Les autres organes ne présentent rien à noter.

VIe OBSERVATION.

Double hémorrhagie, dont l'une dans l'hémisphère cérébelleux droit, et l'autre dans l'hémisphère cérébral gauche. Hémiplégie droite; perte de connaissance.

Un maître d'hôtel, âgé de 49 ans environ, tomba dans la rue sans connaissance, en sortant d'une maison dans laquelle il venait de se livrer à la débauche; il fut immédiatement conduit à la Maison royale de santé. L'élève de garde lui pratiqua sur-le-champ une large saignée. Pendant la première heure qui suivit l'émission du sang, il parut avoir quelque lueur de connaissance; il prononça quelques paroles, et demanda où il était; mais au bout de ce temps, il retomba dans un coma profond.

Lorsque nous le vîmes, le lendemain matin, il était plongé dans un assoupissement dont rien ne pouvait le tirer; on le pinçait fortement, sans qu'il parût le sentir; il paraissait ne pas jouir de la vue, et les sons les plus intenses produits près de son oreille ne déterminaient chez lui aucun mouvement.

Les quatre membres, immobiles, étaient en résolution, et ils ne semblaient pas plus susceptibles de mouvement d'un côté que de l'autre. Cependant on nous assura bien que la veille au soir, après avoir été saigné, il remuait facilement les membres gauches, tandis que ceux du côté droit paraissaient frappés de paralysie. Du reste, la face était rouge, fortement injectée, le pouls dur et fréquent, la peau chaude. Nous fîmes pratiquer une seconde saignée de vingt onces; nous ordonnâmes qu'immédiatement après la saignée on appliquât vingt sangsues à chaque apophyse mastoïde, qu'on en fit couler les piqûres toute la journée, qu'une vessie pleine de glace fût placée à demeure sur la tête, et que des sinapismes fussent continuellement promenés sur les membres inférieurs.

Vers la fin de la journée, le malade sortit un peu de son état de coma; il parut reprendre un peu d'intelligence. Lorsque nous le revîmes, il avait les yeux ouverts, et prêtait quelque attention aux questions qu'on lui adressait; cependnat il ne semblait pas les comprendre, et il n'y répondait pas. La commissure gauche des lèvres était déviée, et la langue, sortie de la bouche, s'inclinait à droite. Le malade remuait facilement les membres gauches; ceux du côté droit étaient complètement privés de mouvement, et la sensibilité de la peau qui les recouvre était très obtuse. Le pouls était devenu lent; la respiration, acclérée, n'était pas stertoreuse. La veille, elle ne l'était pas non plus. Nous n'avions guère espéré la veille une semblable amélioration; les sangsues coulaient encore. Nous fîmes apposer un vésicatoire à la nuque; l'application de la glace sur la tête fut continuée.

Dans la journée, le malade retomba dans le coma, et il mourut le soir. Nous nous assurâmes que jusqu'au dernier

moment il avait conservé la faculté de remuer les membres du côté gauche.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Un vaste épanchement de sang occupait le tiers au moins de l'hémisphère cérébral gauche ; il commençait un peu au-dessous des circonvolutions qui étaient intactes, et avaient atteint la couche optique et le corps strié ; il s'était fait jour dans le ventricule latéral gauche. Le septum lucidum n'était point déchiré.

Un second épanchement de sang fut découvert dans l'hémisphère droit du cervelet, et occupait une bonne moitié de cet hémisphère ; il était situé plus près de sa face supérieure que de l'inférieure.

Rien de notable ailleurs.

Dans les six cas précédens, l'hémorrhagie du cervelet ne diffère en rien, par ses symptômes, de l'hémorrhagie du cerveau.

Dans tous il y a paralysie, et elle a lieu du côté opposé à celui où existe l'épanchement de sang, excepté dans le dernier cas, qui fonde une exception, sur laquelle nous reviendrons plus bas, à propos d'autres cas analogues. De ces faits il est permis de conclure que l'influence du cervelet est croisée comme celle du cerveau, et cependant les fibres de la moelle épinière, qui vont se rendre dans les corps restiformes, ne viennent pas du côté opposé de ce cordon. L'argument qu'on avait cru valable pour expliquer l'influence croisée du cerveau, ne l'est plus même ici.

L'intelligence présente dans ses désordres les mêmes varié-

tés que dans les cas d'hémorrhagie du cerveau, de telle sorte que le trouble de cette faculté paraît moins dépendre du siége même de la lésion que de son intensité.

La sensibilité n'offre aucun désordre spécial; elle est tout simplement obtuse ou détruite, comme dans les cas d'hémorrhagie cérébrale.

Quant à l'appareil génital, il ne nous présente rien à noter, excepté chez la femme qui fait le sujet de l'observation III. Chez elle, l'utérus était le siége d'une congestion remarquable. Nous sommes sûr que parmi les hommes aucun n'a eu d'érection, parce qu'ils ont été entièrement découverts et examinés à nu pour constater l'état de leurs membres inférieurs.

Quant au début de la maladie, il est encore le même que chez les individus dont le cerveau proprement dit est le siége de l'hémorrhagie. Ainsi, nous voyons nos malades tomber tout à coup sans connaissance, et être en même temps frappés de paralysie.

Rapprochons maintenant de ces six cas observés par nous les autres cas d'hémorrhagies cérébelleuses qui ont été jusqu'à présent publiés.

Nous avons trouvé dans les auteurs vingt-deux cas d'hémorrhagies du cervelet, dont neuf dans le lobe médian, et treize dans les lobes latéraux.

Parmi les neuf cas relatifs aux hémorrhagies du lobe médian, six ont été publiés par M. Serres (1). Dans ces six cas, on a observé tous les signes d'une apoplexie violente; il n'est rien dit de particulier sur les désordres du mouvement.

Un septième cas d'hémorrhagie du lobe médian a été in-

---

(1) *Anatomie du cerveau*, tome II.

séré par Dance (1) dans son mémoire sur l'hydrocéphale aiguë. L'individu qui offrit ce cas fut frappé d'apoplexie; on ne donne point de détails sur les mouvemens des membres.

Un huitième cas, relatif à cette hémorrhagie, a été publié par M. Bayle (2). Le malade perdit subitement connaissance; mais il n'était point paralysé, du moins M. Bayle assure qu'il retirait ses membres avec agilité, lorsqu'on les touchait. Cet individu mourut dans le coma le cinquième jour de son attaque, après avoir offert, le troisième jour, des mouvemens convulsifs dans les membres inférieurs, et de la raideur vers la nuque.

Enfin on lit dans la *Clinique des hôpitaux* (tom. 1, n° 70) une observation de M. Guiot, dans laquelle on ne trouva, comme dans les huit autres, d'autre lésion qu'un épanchement de sang au milieu du lobe médian du cervelet. L'individu qui fait le sujet de cette observation, avait eu une attaque d'apoplexie. Avant d'en être frappé, il avait gardé pendant quelque temps une démarche chancelante, et, après l'attaque, il était resté hémiplégique du côté gauche.

Ainsi donc, dans ces neuf cas d'hémorrhagie du lobe médian du cervelet, la paralysie manque une fois; elle est bornée à un seul côté une autre fois; les sept autres fois, les membres paraissent être dans un état général de résolution, ainsi que cela arrive dans les grandes hémorrhagies cérébrales.

Dans ces neuf cas, l'intelligence et la sensibilité présentent les mêmes modifications que celles qu'elles auraient offertes si l'hémorrhagie avait eu pour siége un des hémisphères cérébraux.

---

(1) *Archives de médecine*, janvier 1830, p. 42.

(2) *Revue médicale*, 1824, tome II, p. 70.

L'appareil génital est au contraire modifié d'une manière toute particulière dans sept de ces neuf cas, soit chez l'homme, soit chez la femme.

D'abord chez l'homme, M. Serres a vu cinq fois (sa sixième observation a pour sujet une femme) le phénomène de l'érection coïncider avec une hémorrhagie du lobe médian. Ce même phénomène a été noté dans l'observation publiée par M. Guiot. De plus, dans ce cas, le malade, avant l'attaque, avait été tourmenté par des érections continuelles et de fréquentes pollutions.

La femme observée par M. Serres avait 70 ans. Ses *règles reparurent*, au moment où elle fut frappée d'apoplexie; après la mort, on trouva chez elle l'utérus rempli de caillots de sang, et une rougeur vive des trompes et des ovaires.

Passons maintenant à l'analyse des treize cas où l'hémorrhagie a eu lieu dans un des hémisphères ou lobes latéraux du cervelet.

Ces cas, comme les six que nous avons précédemment cités, peuvent se diviser en deux séries : dans la première, l'hémorrhagie cérébelleuse existe sans hémorrhagie cérébrale; dans la seconde, ces deux sortes d'hémorrhagies coexistent.

La première de ces séries comprend sept cas : dans trois d'entre eux seulement, il est question de paralysie, et dans tous trois elle a lieu du côté opposé au siége de l'épanchement cérébelleux. De ces trois cas, deux appartiennent à M. Serres. L'hémisphère cérébelleux droit est le siége de l'hémorrhagie, et il y a hémiplégie gauche (1). Le troisième cas a été publié par M. le docteur Cazes dans sa *Thèse* (2). L'observation qu'il

---

(1) *Anatomie comparée du cerveau*, tome II, p. 215.

(2) *Essai sur la paralysie*, par Félix Cazes, 1824, n° 3.

a rapportée a pour sujet une femme de 74 ans, qui, après avoir conservé pendant quelque temps une grande tendance à l'assoupissement, perdit tout à coup connaissance, et tomba dans un carus profond. Quand on pinçait les membres avec force, on voyait ceux du côté gauche exécuter des mouvemens assez étendus; le membre inférieur droit restait entièrement immobile; le supérieur du même côté se remuait, mais à un degré à peine sensible. Cette femme succomba huit heures après avoir été frappée.

A l'ouverture du corps, M. Cazes trouva le lobe gauche du cervelet transformé en une vaste cavité remplie de sang coagulé.

Dans les quatre autres cas d'hémorrhagie cérébelleuse, sans coexistence d'hémorrhagie cérébrale, il n'est plus question d'hémiplégie.

Ainsi l'un de ces quatre cas, qui appartient à Morgagni (1), est relatif à un homme que l'on trouva mort, avec les membres supérieurs fortement contractés; il y avait un épanchement de sang dans chacun des lobes latéraux du cervelet.

Un autre de ces cas a été observé par le docteur Sédillot (2) chez un enfant de 7 ans qui, après avoir été exposé à un soleil ardent, fut pris tout à coup de vives douleurs vers la région occipitale; il mourut un quart-d'heure après l'apparition des douleurs. On trouva chez cet enfant un épanchement de sang au centre du lobe droit du cervelet.

Un troisième cas rapporté par le docteur Cafford (3) renferme si peu de détails qu'il ne peut servir à la solution de

---

(1) *De sedibus et causis morborum*, epist. 2, § 22.

(2) *Bibliothèque médicale*, tome XLII, p. 94.

(3) *Archives générales de médecine*, tom. XXII.

la question qui nous occupe. Il est seulement dit dans cette observation que chez un indidu qui *mourut d'apoplexie on trouva le sang épanché à la surface du cervelet et dans sa substance grise.*

Quant au quatrième cas, publié par le docteur Michelet dans sa *Thèse* (1), il est digne de toute notre attention.

Il s'agit dans ce cas d'une jeune fille de 18 ans, qui, deux ans avant sa mort, avait eu une attaque d'apoplexie, dont le résultat avait été une *amaurose sans autre paralysie*, et une céphalalgie habituelle. On trouva chez elle un ancien foyer apoplectique dans le lobe droit du cervelet.

Passons maintenant aux cas dans lesquels il y avait à la fois hémorrhagie dans le cervelet et dans le cerveau. Huit cas de ce genre, à notre connaissance, ont été publiés.

Dans l'un de ces cas seulement, l'épanchement de sang avait lieu dans les hémisphères cérébelleux et cérébral du même côté; c'était à gauche, et l'on avait observé une hémiplégie à droite; les membres gauches avaient conservé toute la liberté de leurs mouvemens (2).

Dans les sept autres cas, c'était dans les hémisphères opposés du cerveau et du cervelet que s'était accomplie l'hémorrhagie.

Ainsi, on a recueilli dans le service de M. le docteur Piorry, l'observation d'un individu qui avait eu d'abord une attaque d'apoplexie avec hémiplégie à droite; un an après il en eut une seconde, mais, cette fois, ce furent les membres gau-

---

(1) Essai sur les rougeurs de la substance cérébrale, *Thèses* de la Faculté, 1827, n° 59.

(2) Chambeyron. Dissertation inaugurale, 1823.

ches qui se paralysèrent. M. Piorry trouva, pour expliquer ces deux paralysies successivement établies, deux lésions, l'une ancienne, dans le lobe gauche du cervelet; c'était un ancien kyste apoplectique; l'autre récente, dans le lobe droit du cerveau : c'était un ramollissement (1).

Dans ce cas, l'influence croisée du cervelet sur les mouvemens est de toute évidence, et la manière successive dont s'est opérée l'hémorrhagie dans le cervelet et dans le cerveau nous permet d'apprécier avec rigueur l'influence de chacune de ces parties.

Dans les autres cas dont il nous reste à parler, un fait singulier se présente : c'est l'existence *seulement* de la paralysie dans le côté du corps opposé à l'hémisphère cérébral hémorrhagié, tandis que les membres opposés au lobe cérébelleux malade restent intacts.

Deux de ces cas ont été publiés par le docteur Droullain (2) : dans l'un d'eux, il y avait deux anciens kystes apoplectiques, l'un dans le lobe gauche du cervelet, l'autre dans la partie externe et moyenne de l'hémisphère droit du cerveau : il avait existé une hémiplégie gauche. Dans l'autre cas, on trouva, au milieu du lobe gauche du cervelet, un épanchement sanguin du volume d'une noisette, et en même temps l'on découvrit dans l'hémisphère droit du cerveau, entre la couche optique et le corps strié, les traces d'une ancienne hémorrhagie : le malade avait eu naguère une hémiplégie gauche. A la suite d'une chute, il avait présenté des symptômes qui se rapportaient plutôt à une méningite aiguë qu'à toute autre affection : alternatives de délire et de som-

(1) *Lancette française*, n° du 17 octobre, année 1829.

(2) Droullain, Dissertation inaugurale.

nolence; contracture passagère des membres des deux côtés; mouvemens convulsifs de tout le corps; renversement de l'occiput en arrière.

M. Quesne a rapporté le cas d'un homme âgé de 77 ans, qui, sans aucun symptôme précurseur, perdit tout à coup connaissance et tomba à la renverse. Appelé immédiatement auprès de lui, M. Quesne le trouva dans l'état suivant :

Décubitus sur le dos; respiration fortement stertoreuse; distension passive des muscles buccinateurs à chaque expiration; commissure des lèvres entraînée à droite; dilatation de la pupille droite, tandis que la gauche est fortement contractée; pouls lent, peu développé. Le malade, interrogé, fait effort pour répondre; mais il balbutie; il est impossible de comprendre ce qu'il veut dire; la langue ne peut être tirée hors de la bouche; tout le côte gauche du corps est insensible et immobile.

A la suite d'une légère amélioration qui paraît due à une saignée, la respiration s'embarrasse; le pouls devient petit et fréquent, et le malade expire dans la soirée : jusqu'au dernier moment, le mouvement et le sentiment se conservèrent du côté droit.

L'autopsie cadavérique montra un vaste foyer apoplectique qu'occupait tout le lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau, et qui s'était ouvert dans le ventricule latéral du même côté. Un caillot du volume d'un petit œuf de poule occupait le centre du foyer, dont le reste était occupé par du sang fluide.

Un second épanchement sanguin, semblable au précédent, existait dans l'hémisphère gauche du cervelet. La cavité qu'avait creusée le sang autour de lui communiquait largement avec le quatrième ventricule. La paroi supérieure du

foyer était formée par une même couche de la substance du cervelet d'une épaisseur de deux à trois lignes environ ; la paroi inférieure présentait une épaisseur beaucoup plus considérable (1).

A tous ces faits, ajoutons-en un dernier qui est relaté dans la quatre-vingt-troisième observation de l'ouvrage de M. Rostan sur le ramollissement (2). Il s'agit encore ici d'un individu qui, frappé d'apoplexie, eut une hémiplégie gauche ; on trouva aussi chez lui un double épanchement de sang, l'un dans l'hémisphère droit du cerveau, et l'autre dans l'hémisphère gauche du cervelet : il y avait en outre en plusieurs points du cerveau des traces d'anciens épanchemens.

Les différens faits que nous venons de rapporter nous conduisent aux mêmes résultats que ceux qui nous ont été donnés par nos propres observations.

Des uns et des autres nous pouvons déduire les corollaires suivans :

1° Lorsque l'épanchement qui s'est accompli dans l'un des hémisphères du cervelet est assez considérable, sans l'être par trop, il produit la paralysie d'un des côtés du corps ;

2° Le côté du corps paralysé est celui qui est opposé à l'hémisphère cérébelleux où a eu lieu l'hémorrhagie : ce fait a été constaté, soit dans les cas de simple hémorrhagie du cervelet, soit dans ceux où il y avait eu en même temps hémorrhagie cérébrale et cérébelleuse du même côté, soit enfin dans d'autres cas où l'hémorrhagie du cervelet avait précédé celle du cerveau, l'une et l'autre ayant lieu dans les hémi-

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, tom. I, p. 41.

(2) Rostan, Recherches sur le ramollissement du cerveau, deuxième édition, p. 377.

sphères opposés. Le cas dont on doit la connaissance à M. Piorry en fournit un exemple ;

3° L'hémorrhagie du cervelet ne produit point d'hémiplégie, du moins que nous puissions reconnaître, dans les cas où il y a eu une attaque très forte ; alors on observe une résolution générale des quatre membres, comme cela a lieu aussi dans les cas d'hémorrhagies cérébrales très abondantes ;

4° Lorsque l'hémorrhagie du cervelet s'accomplit en même temps que celle du cerveau, ou peu de temps après elle, mais de telle sorte que le sang s'épanche à droite dans le cervelet et à gauche dans le cerveau, ou *vice versâ*, il n'y a de paralysie que dans le côté du corps opposé à l'hémisphère du cerveau où s'est faite l'hémorrhagie, c'est-à-dire du même côté que l'hémorrhagie du cervelet. Comment donc se fait-il que par cela seul que les mouvemens des membres droits sont anéantis par suite d'un épanchement de sang dans l'hémisphère gauche du cerveau, l'épanchement qui s'est fait simultanément dans l'hémisphère droit du cervelet n'ait plus la puissance de paralyser les membres gauches ? Cette puissance, il l'avait cependant dans les cas où le cerveau était resté intact : n'est-ce pas là un fait bien digne d'attention (1) ?

5° Il n'est pas bien démontré que les contractures des

---

(1) M. Bell, interne à la Salpêtrière, a publié dans le *Bulletin de la Société anatomique* (mai 1831), une observation qui vient à l'appui de tout ce que nous venons d'établir dans ce quatrième corollaire. Il s'agit en effet dans cette observation d'un individu épileptique qui était atteint d'hémiplégie gauche. On trouva chez lui une atrophie considérable du lobe *droit* du cerveau, et de plus un aplatissement et une diminution de volume du lobe *gauche* du cervelet.

Un autre fait semblable a encore été communiqué à la Société anatomique par M. Bodey, interne des hôpitaux. Il s'agit dans ce cas d'un

membres, les convulsions, la rétraction de la tête en arrière, qui ont été observées dans un cas où il y avait hémorrhagie simultanée dans le cerveau et dans le cervelet, dépendissent de la lésion de celui-ci. N'a-t-on pas constaté, en effet, l'existence de semblables phénomènes dans des cas de simple hémorrhagie du cerveau?

6° La sensibilité, dont quelques auteurs ont placé le siége dans le cervelet, ne nous a pas paru lésée d'une manière spéciale dans les cas d'hémorrhagie de cet organe;

7° L'intelligence présente les mêmes modifications que lorsque l'épanchement de sang a eu lieu dans le cerveau proprement dit;

8° Dans aucun des cas, dont nous avons fait l'analyse, tous relatifs à l'hémorrhagie d'un des lobes latéraux du cervelet, il n'est question de phénomène particulier du côté des voies génitales;

9° Les fonctions de la vie de nutrition ne nous ont offert aucune modification qui fût différente de celles qu'elles pré-

---

individu qui avait une hémiplégie droite, tandis qu'à gauche le mouvement et le sentiment avaient conservé toute leur intégrité. Chez ce sujet il y avait d'une part atrophie de l'hémisphère droit du cervelet, et d'autre part atrophie de l'hémisphère gauche du cerveau, ainsi que du pédoncule cérébral gauche. (*Compte rendu des travaux de la Société anatomique*, par M. Bérard, 1830.)

Un troisième fait du même genre se trouve dans le mémoire de M. Cazauvieilh sur l'agénésie cérébral.

Une femme avait une hémiplégie gauche; la bouche était déviée à droite. Il y avait en même temps atrophie de l'hémisphère gauche du cervelet et de l'hémisphère droit du cerveau.

Ces trois faits confirment pleinement les inductions de notre quatrième corollaire.

sentent chez les individus qui ont eu une hémorrhagie du cerveau (1).

(1) Nous regrettons bien de n'avoir pas observé avant sa mort, un homme chez lequel la nécropsie nous découvrit un grand nombre d'épanchemens sanguins dans les divers points de l'encéphale que nous allons énumérer.

Cet homme, encore peu avancé en âge, et d'une constitution athlétique, mourut deux heures après son entrée à la Charité ; nous n'en vîmes que le cadavre. Un énorme épanchement d'un sang noir occupait le tiers au moins de l'hémisphère cérébral droit. La couche optique et le corps strié étaient réduits en bouillie. On ne trouvait plus de trace de la voûte ni du septum médian; à leur place se montraient de gros caillots de sang ; ceux-ci remplissaient les deux ventricules latéraux, le troisième, et, par l'aqueduc de Sylvius, ils s'étaient introduits dans le quatrième.

Dans la partie postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau existait une cavité anfractueuse tapissée par une membrane jaunâtre, et remplie d'un liquide séreux. (ancien foyer apoplectique en cicatrisation).

Dans le lobe droit du cervelet, nous trouvâmes une seconde cavité semblable à la précédente.

Non loin de cette cavité, et dans le même lobe du cervelet, se montrait un épanchement de sang récent, mais peu considérable ; l'espace qu'il occupait aurait pu à peine recevoir une noisette.

La pédoncule gauche du cervelet était occupé par un autre épanchement d'un sang noir et coagulé, un peu plus grand que l'épanchement du lobe cérébelleux.

Enfin, au centre même du mésocéphale, nous découvrîmes un amas de sang moitié liquide, moitié coagulé ; ce dernier foyer apoplectique occupait environ le tiers de la masse totale de la protubérance annulaire.

Section deuxième.

OBSERVATIONS SUR LE RAMOLLISSEMENT DU CERVELET.

Ce ramollissement a été observé plus rarement que celui du cerveau : il n'y en a eu jusqu'à présent, à notre connaissance, que treize cas de publiés; huit de ces treize cas sont relatifs au ramollissement d'un des lobes latéraux, quatre au ramollissement des deux lobes à la fois, et un seul au ramollissement isolé du lobe médian. Parmi ces treize cas, il n'y en a que neuf dans lesquels le cervelet soit seul malade; dans les quatre autres cas, il y a en même temps affection du cerveau deux fois, du mésocéphale une fois, et de la moelle épinière une fois. Nous n'avons nous-mêmes recueilli que quatre observations sur le ramollissement du cervelet : nous allons les rapporter successivement.

Ire OBSERVATION.

Céphalalgie occipitale datant de trois mois; hémiplégie gauche graduellement établie; dans les derniers temps mouvemens convulsifs des membres paralysés; cécité. Ramollissement considérable du lobe droit du cervelet.

Une ouvrière en linge, âgée de 31 ans, avait toujours joui d'une bonne santé. Six semaines environ avant d'entrer à la Charité, elle éprouva une vive frayeur pendant qu'elle avait ses règles : celles-ci se supprimèrent, et immédiatement après leur disparition, elle fut prise de forts étourdissemens et

d'une douleur vive à la partie postérieure droite de la tête. Les étourdissemens disparurent à la suite d'une saignée, mais la céphalalgie résista ; elle se montra seule, sans aucun autre accident, pendant une huitaine de jours ; au bout de ce temps, la malade commença à ressentir un fourmillement incommode à la pulpe des doigts de la main gauche ; elle était devenue maladroite de cette main, et elle était toute étonnée de laisser sans cesse tomber les objets qu'elle saisissait avec elle ; bientôt elle ne put plus s'en servir pour travailler ; tout le bras semblait singulièrement pesant. Au bout de quelque temps, le membre abdominal gauche devint à son tour plus faible, et, dans l'espace d'un mois environ, la malade arriva à une hémiplégie gauche complète. Mais en même temps que la malade perdait ainsi le mouvement de l'un des côtés du corps, sa vue, très bonne jusque là, s'affaiblissait rapidement, et cinq semaines après l'apparition des premiers accidens, cette femme était devenue complètement aveugle.

C'est dans cet état qu'elle se présenta à notre observation, privée de la vue et du mouvement des membres gauches : alors la douleur de tête était devenue beaucoup moins vive ; cependant la malade la ressentait encore, et toujours elle la rapportait à la partie droite et inférieure de l'occipital ; les membres paralysés étaient flasques, et n'offraient aucune résistance aux mouvemens qu'on leur imprimait en divers sens ; la peau de ces membres paraissait avoir conservé sa sensibilité ; il n'y avait à la face aucune trace de paralysie ; les pupilles, médiocrement dilatées, se resserraient encore par l'approche brusque de la lumière ; les yeux avaient d'ailleurs leur aspect ordinaire ; cependant la cécité était complète : à peine la malade pouvait-elle distinguer encore le jour de la nuit. Au milieu de tous ces désordres, l'intelligence ne sem-

blait avoir nullement faibli; la malade nous racontait, avec la plus grande précision, tout ce qui lui était arrivé; la parole avait toute sa liberté. Les fonctions de la vie de nutrition ne présentaient point de lésion remarquable; le pouls en particulier était normal sous le rapport de son rhythme, de sa force et de sa fréquence; la malade disait cependant éprouver de loin en loin quelques palpitations. Les règles n'avaient pas reparu depuis qu'une émotion morale les avaient brusquement supprimées, ainsi que nous l'avons dit plus haut. M. Lerminier, aux soins duquel était confiée cette malade, fit appliquer plusieurs fois des sangsues d'abord à la nuque, puis aux parties génitales; des pilules aloétiques furent données à plusieurs reprises, et un peu plus tard la nuque fut couverte d'un vésicatoire.

Aucun changement ne survint dans l'état de cette malade pendant les trois premières semaines de son séjour : au bout de ce temps, et sans cause connue, le mal de tête devint tout à coup plus violent, et il s'étendit à tout le crâne; les membres gauches, qui jusqu'alors étaient restés complètement immobiles, furent agités, à plusieurs reprises, de mouvemens convulsifs, faibles dans le membre inférieur, mais très violens et presque continuels dans le supérieur; des douleurs vives accompagnaient ces convulsions. Bientôt l'intelligence se troubla; un délire complet s'établit; pendant vingt-quatre heures la malade parla et s'agita sans cesse; puis elle tomba dans un coma profond, au milieu duquel elle succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La pie-mère étendue sur la convexité des hémisphères cérébraux présentait une injection remarquable; il en était de

même de celle qui recouvre les hémisphères cérébelleux. La substance même du cerveau proprement dite était parsemée d'un assez grand nombre de points rouges, et n'offrait d'ailleurs aucune autre lésion. Une grande quantité de sérosité parfaitement limpide remplissait et distendait les ventricules latéraux; la voûte à trois piliers et le septum lucidum avaient conservé leur consistance.

A l'extérieur, le cervelet paraissait sain; mais à peine eûmes-nous enlevé, en procédant de haut en bas, quelques couches de la substance de son hémisphère droit, que nous tombâmes dans un vaste foyer où cette substance, privée de sa consistance normale, était transformée en bouillie grisâtre; ce ramollissement occupait au moins les deux tiers de l'hémisphère droit du cervelet. Il avait envahi en partie les prolongemens qui du cervelet se rendent, soit à la moelle épinière, soit aux tubercules quadrijumeaux, soit à la protubérance annulaire; il ne s'étendait pas jusqu'à la face inférieure : en aucun point de son étendue, on ne trouvait, ni injection, ni sang infiltré ou épanché.

Aucune autre altération n'existait, soit dans les centres nerveux, soit ailleurs.

Ce ramollissement, qui avait pour siége un des hémisphères cérébelleux, et qui en occupait une grande étendue, nous a offert dans ses symptômes et dans sa marche la plus grande analogie avec les ramollissemens du cerveau proprement dits. Ici encore, comme dans les cas d'hémorrhagie cérébelleuse cités plus haut, la paralysie existait du côté opposé à celui où avait lieu le ramollissement. Il n'y avait, d'ailleurs, ni dans le mouvement, ni dans le sentiment aucun désordre

spécial et en rapport avec les fonctions départies au cervelet par quelques physiologistes. L'intelligence, à la vérité, conservait toute son intégrité : mais ne s'est-elle pas montrée à nous aussi intacte dans plus d'un cas de ramollissement du cerveau ? Le siége seul de la douleur pouvait porter à soupçonner celui de la maladie. Quant à la cécité, il semble d'abord qu'elle n'ait rien à faire avec les maladies du cervelet, et cependant ce cas n'est pas le seul dans lequel diverses affections du cervelet aient été accompagnées d'une perte de la vue. Ce fait peut-il s'expliquer par les rapports anatomiques établis entre le cervelet et les tubercules quadrijumeaux à l'aide des prolongemens connus sous le nom de *processus à cerebello ad testes?* Les symptômes qui survinrent dans les derniers temps ne nous paraissent point devoir se rattacher au ramollissement du cervelet : ils dépendaient d'une complication, et nous croyons qu'on peut les rapporter à l'injection vive que nous offrirent les méninges, ainsi qu'à la grande quantité de sérosité que nous trouvâmes accumulée dans les ventricules.

Nous connaissons peu de cas dans lesquels un ramollissement des centres nerveux ait succédé d'une manière aussi tranchée à une impression morale ; celle-ci eut en même temps pour effet de supprimer les règles, et c'est une coïncidence remarquable que dans ce cas particulier où il y eut trouble dans l'accomplissement d'une fonction départie aux organes génitaux, la même cause qui produisit ce trouble porta simultanément son influence sur le cervelet.

IIe OBSERVATION.

Céphalalgie occipitale. Hémiplégie droite avec contracture. Conservation de l'intelligence. Attaque d'apoplexie par laquelle le malade succombe. Ramollissement de la partie centrale du lobe gauche du cervelet. Hémorrhagie dans l'hémisphère cérébral gauche.

Un journalier, âgé de 53 ans, nous raconta, lors de son entrée à l'hôpital de la Pitié, qu'il éprouvait depuis deux mois environ une douleur habituelle vers la partie postérieure et inférieure du crâne; elle existait aussi bien à droite qu'à gauche : il avait perdu peu à peu la faculté de mouvoir les membres droits, et récemment la paralysie de ces membres s'était compliquée d'une assez forte contracture. La sensibilité était conservée dans les membres paralysés; les mouvemens de la face n'avaient subi aucune altération; l'intelligence avait toute son intégrité.

Ce malade ne présentait aucun changement dans son état; seulement il se plaignait de temps en temps d'éprouver des étourdissemens, comme s'il avait bu, ainsi qu'il le disait : nous combattions cet accident par quelques saignées, de doux laxatifs et des révulsifs portés aux extrémités inférieures. Un matin, il nous dit que depuis la veille il avait des étourdissemens beaucoup plus forts que de coutume; la face était fortement injectée; il ne voyait plus tous les objets qu'à travers une sorte de nuage, et sa parole était mal assurée; il ajoutait que sa douleur habituelle de la partie postérieure de la tête s'était étendue à tout le crâne : du reste, il n'y avait rien de nouveau vers les membres. Nous prescrivîmes une nouvelle saignée : seize onces de sang furent tirées, sans

qu'il en résultât aucun soulagement ; dans la journée, les vertiges allèrent en augmentant ; et vers quatre heures du soir, le malade tomba sans connaissance.

Le lendemain matin, à la visite, il nous présenta tous les symptômes d'une forte attaque d'apoplexie ; perte absolue d'intelligence ; coma profond ; insensibilité générale ; respiration stertoreuse : mort le soir, vingt-sept heures environ après l'invasion des symptômes apoplectiques.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Injection générale des méninges ; teinte rosée de la substance grise des circonvolutions. Un vaste épanchement de sang occupe la partie moyenne de l'hémisphère gauche du cerveau ; le corps strié et la couche optique sont envahis par lui, et le sang a fait irruption dans le ventricule latéral correspondant qui en est rempli ; cependant la cloison des ventricules est demeurée intacte.

Aucune altération appréciable n'existait dans l'hémisphère cérébral droit ; nous en fûmes étonnés, car nous y cherchions la cause de l'ancienne hémiplégie gauche et des autres accidens qu'avait éprouvés le malade avant sa récente attaque d'apoplexie.

Cette cause était ailleurs : au centre de l'hémisphère gauche du cervelet, nous trouvâmes en effet un ramollissement jaunâtre dont l'étendue équivalait à l'espace qu'aurait pu occuper une noix. En quelques points, ce ramollissement avait une teinte rougeâtre : autour de lui, la substance du cervelet n'était pas plus injectée qu'ailleurs.

Les poumons étaient fortement engoués ; leur sommet présentait quelques lobules en induration noire ; d'anciennes

brides celluleuses unissaient intimement ce sommet aux côtes : le cœur n'offrait rien de particulier.

La membrane muqueuse de l'estomac présentait vers le grand cul-de-sac un pointillé rouge vif, sans ramollissement notable de son tissu. Dans toute son étendue, la membrane muqueuse intestinale était généralement injectée. Le foie était gorgé de sang ; la vésicule du fiel contenait quelques calculs.

Cette observation se rapproche à beaucoup d'égards de la précédente : c'est le même début ; ce sont, à quelques différences près, les mêmes symptômes. Dans les deux cas, l'intelligence reste également intacte ; dans tous deux, le mouvement est perdu dans les membres opposés à l'hémisphère cérébelleux où réside le ramollissement, et dans tous deux, cette hémiplégie ne s'établit que graduellement ; mais dans le premier cas, il n'y a que simple paralysie ; dans le second, il y a en même temps contracture, et notez que dans ce second cas seulement quelques-uns des points ramollis avaient une teinte rouge. Dans ces deux cas enfin, il existe au début une céphalalgie, dont le siége correspond à celui de la maladie. Ici, toutefois, nous ne retrouvons plus cette cécité que nous a offerte le sujet de l'obs. I : cela dépend-il de ce qu'ici le ramollissement était moins étendu, et de ce qu'il avait respecté en particulier la portion du lobe cérébelleux qui est spécialement en rapport avec les tubercules quadrijumeaux ?

Il y a encore quelque rapprochement à établir entre ces deux cas sous le rapport du mode de terminaison de la maladie. Dans tous deux ce fut par le cerveau que les sujets succombèrent : dans le premier cas ils furent enlevés par une forte

congestion de cet organe, et dans le second par une hémorrhagie qui eut elle-même pour prodrôme une hypérémie cérébrale, dont les émissions sanguines ne triomphèrent pas. Il est remarquable que l'attaque d'apoplexie survint, peu d'heures après qu'une large saignée eut été pratiquée.

III[e] OBSERVATION.

Perte subite de connaissance et de mouvement des membres gauches. Rétablissement de l'intelligence; au bout de neuf jours nouvelle attaque d'apoplexie et mort. Ramollissement considérable de l'hémisphère droit du cervelet.

Un commis marchand, âgé de 29 ans, jouissait habituellement d'une bonne santé. Un matin, après avoir déjeûné comme de coutume, étant occupé dans un magasin à ranger divers objets, il pousse tout à coup un cri aigu, porte la main à sa tête, et tombe sur le carreau privé de connaissance. Pendant les deux premières minutes qui suivent cet accident, ses quatre membres sont agités de mouvemens convulsifs; puis ils disparaissent, et le malade reste assoupi : on le saigne. Au bout d'une demi-heure à trois quarts d'heure cet assoupissement cesse à son tour; le malade revient à lui; il a sa connaissance; il parle librement; il n'a d'ailleurs aucun souvenir de ce qui lui est arrivé; mais tout le côté gauche du corps est privé de mouvement. Trente-six heures après l'invasion de sa maladie, cet individu est transporté à la Maison royale de santé; nous constatons chez lui l'état suivant :

Face pâle; air d'abattement; paralysie complète des deux membres gauches; aucune contracture; diminution de la sensibilité dans les membres paralysés; intelligence nette;

parole libre ; aucune douleur de tête ; pouls sans fréquence ; respiration naturelle.

L'hémiplégie était donc ici le seul accident ; pendant les sept jours suivans aucun nouveau phénomène ne fut observé ; mais au bout de ce temps, les symptômes graves que le malade avait présentés au début de son affection reparurent ; même perte de connaissance ; mêmes mouvemens convulsifs : ceux-ci furent de courte durée ; mais l'assoupissement qui leur succéda ne fut pas passager comme la première fois ; il devint au contraire de plus en plus profond ; la respiration s'embarrassa, et le malade ne tarda pas à succomber dans le coma.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Nous ne trouvâmes dans les centres nerveux d'autre altération qu'un ramollissement considérable de l'hémisphère droit du cervelet. Plus des deux tiers de cet hémisphère n'existaient plus que sous forme d'une bouillie dont la couleur variait suivant les points où on l'examinait : là d'un blanc grisâtre, ici jaunâtre, ailleurs d'un rouge plus ou moins foncé. Nulle part dans cette masse ramollie il n'y avait de sang épanché.

Cette observation diffère des deux précédentes et par la nature même des symptômes, et par leur mode de développement. Ici, en effet, la paralysie s'établit brusquement ; elle acquiert tout à coup son plus haut degré d'intensité ; de plus, la maladie débute par une perte complète de connaissance accompagnée de convulsions. On eut pris volontiers ce début pour une attaque d'épilepsie, et ce qui eût encore fortifié

dans cette opinion, c'est de voir, au bout d'un temps assez court, l'intelligence se rétablir, sans qu'il restât au malade aucun souvenir de ce qui s'était passé. Tout ce qui lui resta des graves accidens par lesquels il venait de passer, ce fut une hémiplégie ; mais nous avons vu plus d'une fois des épileptiques qui, à la suite de chaque accès, restaient aussi paralysés d'un côté du corps pendant un certain temps. Cette hémiplégie persistait encore dans toute son intensité, lorsqu'au bout de huit à neuf jours environ survint une seconde attaque qui elle encore rappelait par ses symptômes plusieurs de ceux de l'épilepsie. Cette seconde attaque fut mortelle. Rien dans ce cas n'aurait certainement pu faire prévoir le siége de l'altération qui causait tous ces symptômes ; ici même manquait cette céphalalgie occipitale dont nous avons constaté l'existence dans les observations I et II.

IVe OBSERVATION.

Douleur occipitale ; agitation comme convulsive des membres ; gêne de la respiration. Ramollissement de l'hémisphère gauche du cervelet.

Un palefrenier, dont l'âge précis n'a pas été noté, mais qui n'avait pas quarante ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il fut pris d'un violent mal de tête accompagné d'étourdissemens ; une saignée, pratiquée deux jours après l'invasion de ces accidens, les diminua sans les enlever, et il resta les quinze jours suivans avec de la céphalalgie, quelques vertiges, et un sentiment de faiblesse qui l'empêchait de travailler comme de coutume ; son appétit était aussi un peu diminué. Au bout de ce temps, un état plus grave survint tout à coup : la douleur qui jusqu'alors

avait occupé toute la tête se concentra vers l'occiput, et devint en même temp beaucoup plus vive ; le malade s'alita, et, après avoir été de nouveau saigné, il fut transporté à la Maison royale de santé, où nous constatâmes chez lui l'état suivant.

Il répondait avec une certaine difficulté aux questions, comme un homme qui ne comprend que péniblement ce qu'on lui dit. Du reste, ses réponses étaient justes. Les détails précédens ne purent nous être transmis par lui. Lorsqu'on lui demandait où il souffrait, il portait sa main à l'occiput, et plus particulièrement vers la partie gauche de cet os, il remuait avec une égale facilité ses quatre membres, et la sensibilité n'y était point modifiée. La vue était beaucoup plus faible à droite qu'à gauche ; il n'y avait pas cependant de différence entre les deux pupilles. Le pouls n'avait pas de fréquence. Trente sangsues furent appliquées au bas de l'occipital, et un apozème purgatif fut administré.

Les trois jours suivans, le malade fut dans un état continuel d'agitation ; les mouvemens des membres, à droite comme à gauche, étaient parfois tellement brusques et désordonnés qu'ils ressemblaient à des mouvemens convulsifs. Il se plaignait continuellemant de sa tête, et portait sans cesse ses mains vers l'occiput. La respiration, calme le premier jour, devint singulièrement gênée ; elle s'exécutait par des mouvemens comme saccadés, et il semblait que les muscles chargés de l'accomplir participassent à l'agitation convulsive de ceux des membres. Bientôt le malade arriva ainsi à un véritable état d'asphyxie, au milieu de laquelle il succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Injection générale des méninges. Rien de particulier dans les hémisphères cérébraux; médiocre quantité de sérosité dans leurs ventricules. Ramollissement rougeâtre de l'hémisphère gauche du cervelet dans sa moitié postérieure et inférieure. Aucune lésion ailleurs.

Voilà un cas dans lequel le ramollissement du cervelet se présente à nous avec des symptômes bien différens, à certains égards, de ceux notés dans les trois observations précédentes. Ici il n'y a plus de paralysie, et la seule modification que présente le mouvement, c'est cette agitation singulière et désordonnée des membres, des droits comme des gauches. Mais ici encore nous retrouvons la douleur occipitale qui existait aussi dans les observations I et II, et de plus la vision est affaiblie dans l'œil opposé au lobe cérébelleux malade, fait important, parce que nous le retrouvons dans plusieurs cas d'affection du cervelet. Un autre phénomène bien digne de remarque, ce fut sans doute la gêne de la respiration; y eut-il là une influence directe exercée sur cette fonction, ou du moins sur les muscles qui servent à l'accomplir, par l'état morbide du cervelet.

Remarquons enfin le long prodrôme de la maladie. Il n'avait rien de spécial; il ne pouvait pas plus faire prévoir une maladie du cerveau que celle d'un autre organe; il ressemblait beaucoup, par exemple, à celui qui précède l'invasion d'un assez grand nombre de fièvres dites typhoïdes.

Les quatre observations qu'on vient de lire ont une grande

analogie avec celles qui ont déjà été publiées par divers auteurs, et les différences qu'elles nous ont présentées sous le rapport de la nature des symptômes se retrouvent aussi dans ces dernières. On va en juger par l'analyse que nous allons en faire ; elle portera sur treize cas, dont quatre nous appartiennent (ce sont les précédens), et dont les neuf autres ont été recueillis par différens observateurs (1).

Dans ces treize cas, l'intelligence a présenté les états suivans. Plusieurs fois elle s'est conservée toujours intacte. Une fois, intacte d'abord, elle s'est troublée vers la fin, et du délire est survenu pendant les dernières vingt-quatre heures ; mais dans ce cas, qui fait le sujet de notre observation 1, on trouva à l'ouverture du corps une vive injection des méninges et de la substance cérébrale. Deux autres fois, l'intelligence, sans se perdre, s'est montrée obtuse; c'est se qui a eu lieu chez le sujet de notre quatrième observation, et dans un autre cas cité par M. Monod. Trois autres fois la maladie a commencé par une perte subite de connaissance. Une autre fois enfin, c'est quelques jours après l'invasion d'une fièvre continue que le malade est tombé dans le coma (2).

Dans deux cas, la parole elle-même a été altérée. Elle n'était pas perdue, mais simplement difficile chez le malade dont M. Monod nous a transmis l'histoire ; elle était au contraire complètement perdue dans un cas cité par M. Lallemand, et

---

(1) Parent-Duchâtelet et Martinet, *Traité sur l'arachnitis*, p. 420. — Rostan, *Ramollissement du cerveau*, 2e édit., p. 143. — Lallemand, *Maladies de l'encéphale*, lettre 2, p. 34; lettre 5, p. 330.—Serres, *Anatomie du cerveau*, tom. II, p. 616 (deuxième observation). — Chambeyron, *Thèse*. — Dany, *Mémoires de médecine militaires*, tom. XXII, p. 379. — Monod, *Nouvelle bibliothèque médicale*, 1828, tom. III, p. 74.

(2) Observation de M. Dany (*Mémoires de médecine milit.*, loc. cit.).

dans ce cas cependant le cervelet était la seule partie des centres nerveux qui fût altérée d'une manière appréciable.

Tandis que les altérations de l'intelligence ont été variables, inconstantes, et de peu d'importance, les lésions du mouvement au contraire ont été observées dans tous les cas, excepté dans un seul ; et encore dans ce cas il n'est pas bien sûr que le mouvement n'ait été en aucune façon lésé ; il y est dit que le malade tomba dans le coma ; mais on ne paraît pas s'être assuré de l'état des membres (1), et d'ailleurs cette observation laisse quelques doutes sur la nature même de l'altération du cervelet.

---

(1) Voici ce cas : cinq mois environ après avoir fait une chute sur le front, un homme de 29 ans, ressent dans la région frontale et dans l'oreille du côté gauche de vives douleurs, et en même temps un mouvement fébrile intense s'établit. Pendant quatre jours, malgré plusieurs émissions sanguines, et autres moyens, les mêmes symptômes persistent. Le cinquième jour, le malade tomba subitement dans un état comateux. Le pouls devint petit et faible, le visage se décolora, la langue n'exécute plus qu'imparfaitement ses mouvemens, et les sons ne s'entendent ainsi qu'à peine et confusément. Les vésicatoires à la nuque et aux aines, les sinapismes aux pieds, les lavemens irritans ; ne produisirent que des effets momentanés. Le malade ne sortait qu'à de rares intervalles de son assoupissement, et y retombait bientôt après..... Il portait souvent la main aux testicules... Il expira dans un coma profond après 14 jours de maladie.

A l'ouverture du corps, on trouva les vaisseaux des méninges fortement injectés, les ventricules distendus par beaucoup de sérosité. Les fosses moyennes et latérales de la base du crâne étaient remplies de pus. La moitié du lobe gauche du cervelet était *désorganisée*, et la dure-mère correspondante présentait une perforation vis-à-vis de laquelle les os du crâne étaient cariés. (Obs. du docteur Dany déjà citée.)

Il reste donc douze cas, sur ces treize, dans lesquels il y a une altération évidente du mouvement.

Dans deux cas, cette altération a consisté dans une sorte d'agitation convulsive des membres, cette agitation étant égale à droite et à gauche; l'un de ces cas fait le sujet de notre quatrième observation, l'autre a été relaté par le docteur Monod (1).

---

(1) L'individu qui fait le sujet de l'observation de M. Monod, était un homme âgé de 44 ans, qui entra à l'hôpital Saint-Louis pour une fracture comminutive de la jambe gauche, avec saillie des fragmens au travers de la peau. Cet accident avait été causé par la chute d'une solive qui avait en même temps frappé violemment l'occiput, et y avait déterminé une petite plaie contuse; celle-ci ne tarda pas à se cicatriser. Peu de temps après l'entrée de ce malade, on s'aperçut que la vue était plus faible à droite qu'à gauche, et qu'il y avait un commencement de strabisme à droite. Plus de trois ans s'étaient écoulés sans que la fracture fût encore consolidée, autour d'elle existait une suppuration abondante, lorsque le 26 janvier le malade commença à se plaindre de la tête et en particulier d'une douleur fixe à l'occiput.

M. Monod vit le malade pour la première fois le 28 janvier, l'occiput était le siége d'une douleur très aiguë; le regard était fixe et les paupières élevées et presque immobiles. L'œil droit était injecté, et le malade en voyait moins bien que du gauche. La tête, penchée en avant, reposait sur la poitrine. Le malade était maintenu presque sur son séant par un grand nombre d'oreillers entassés derrière son dos, position qu'il avait désirée. Ses réponses étaient fort justes, mais fort lentes, et la parole était difficile. Les *membres avaient conservé le sentiment et le mouvement*, le pouls était faible et petit.

Le 30, les pupilles sont fortement contractées, la difficulté de parler augmente; le malade se plaint, pousse des gémissemens continuels. La tête est toujours dans la même position, et *trop pesante*, dit le malade, pour pouvoir être relevée. Délire par intervalle.

Enfin dans les dix autres cas, on a constaté l'existence d'une paralysie soit simple, soit avec contracture des parties privées de mouvement volontaire.

Sur ces dix cas, la lésion du mouvement s'est montrée neuf fois dans les membre du côté opposé à l'hémisphère cérébelleux où avait lieu le ramollissement, une seule fois elle est notée comme ayant eu lieu du même côté que ce ramollissement. L'observation qui relate ce cas exceptionnel a été publiée par M. Rostan. L'individu qui en fait le sujet était une femme, âgée de 63 ans, qui entra à l'infirmerie de la Salpêtrière pour être traitée d'une pneumonie à laquelle elle succomba. Cette femme avait depuis long-temps le bras droit contracturé, et elle ne pouvait exécuter avec lui aucun mou-

---

Le 31, les paupières sont fermées, la pupille droite un peu plus dilatée que la gauche. La vue est éteinte et la parole presque impossible. Ce malade néanmoins, comprend ce qu'on lui dit et *exécute les mouvemens qui lui sont commandés ;* il agite continuellement ses bras et ses jambes. La respiration est pénible, parfois stertoreuse, le pouls est fréquent, très petit et régulier. Mort dans la nuit du 31 janvier au 1er février.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La calotte du crâne ayant été enlevée, on trouva les membranes parfaitement saines; la substance du cerveau était considérablement injectée et piquetée. Le lobe gauche du cervelet, qui à sa face supérieure semblait sain, était réduit en bouillie dans ses deux tiers postérieurs et inférieurs. La portion ramollie reposait dans la fosse occipitale inférieure; l'arachnoïde qui la recouvrait était détruite; la dure-mère correspondante, d'un rouge brunâtre à sa face interne, était décollée de l'occiput. La bouillie résultant du ramollissement, était d'une couleur grise-rougeâtre; on y voyait beaucoup de petits caillots.

Aucune autre lésion n'existait dans les centres nerveux (loc. cit.)

vement; les trois autres membres avaient conservé leurs mouvemens naturels. Cette paralysie s'était établie peu à peu, et avait été précédée d'un engourdissement qui avait occupé successivement la main, l'avant-bras et le bras. L'ouverture du cadavre ne montra dans les centres nerveux d'autre altération que la suivante : la partie inférieure du lobe droit du cervelet offrait, près de la protubérance annulaire, un enfoncement produit par une exostose qui occupait la partie correspondante de l'os pierreux du temporal et de la portion de l'occipital qui s'articule avec elle...... La substance du cervelet en contact avec cette exostose était *ramollie* (1).

Est-ce en raison de son siége particulier que, dans ce cas, le ramollissement du cervelet a donné lieu à une paralysie du même côté que lui, ou bien ne peut-on pas se demander si la lésion du cervelet était réellement ici la cause de la paralysie, car le canal vertébral n'a pas été examiné. Or, n'aurait-il pas pu se faire qu'une autre exostose se fût développée sur un point des parois de ce canal, et qu'en comprimant la portion droite de la moelle épinière, elle eût été la véritable cause de la paralysie du bras droit?

Dans tous ces cas, d'ailleurs, la paralysie a envahi le plus souvent les deux membres d'un côté à la fois. Tantôt elle s'est établie subitement, tantôt, au contraire, elle a commencé par un léger affaiblissement des membres, qui a augmenté progressivement.

La paralysie des membres n'a été que très rarement accompagnée de la paralysie d'autres parties du corps : une fois seulement on a noté une paralysie de la face qui avait lieu du même côté que celle des membres. Comment ce fait pourra-t-

(1) *Loc. cit.*

il être expliqué par nos connaissances actuelles en anatomie? L'observation dans laquelle il est question de cette paralysie a été publiée par M. Lallemand (1). L'individu qui en fait le sujet perdit subitement connaissance : revenu à lui, il avait une hémiplégie droite, et la commissure des lèvres était déviée à gauche. On trouva un ramollissement de la substance blanche des lobes gauches du cervelet, et pas d'autre lésion.

Le strabisme a été signalé dans un seul cas; il avait lieu du côté opposé au ramollissement (2).

La sensibilité a présenté plusieurs altérations, mais dont aucune n'a été constante.

D'abord plusieurs malades ont accusé une douleur dont le siége correspondait exactement à celui de la lésion; cette douleur avait son siége à l'occiput; mais elle a complètement manqué dans plus d'un cas.

La sensibilité cutanée a offert la même inconstance d'altérations que dans les cas de ramollissement des hémisphères cérébraux; tantôt elle était abolie, et quelquefois plus vive que de coutume; tantôt elle s'était conservée à son état normal. Dans le cas où il existait un état comateux, toute la peau était insensible; hors ces cas, la perte de sensibilité ne se montrait que dans les membres paralysés.

Une seule fois l'on a observé cette même insensibilité de la conjonctive que l'on remarque dans les cas d'affection de la cinquième paire de nerfs; en même temps, dit M. Lallemand, auquel on doit la connaissance de ce fait, l'œil était

(1) *Loc. cit.*, lettre 2, p. 134.

(2) Monod, *loc. cit.*

comme flétri (1). Quel lien unit donc à la cinquième paire certaines fibres du cervelet?

La digestion, la circulation, les différentes sécrétions n'ont présenté rien de notable. La respiration a offert, dans quelques cas, une modification remarquable; notre observation IV en fournit un exemple.

Quant aux organes génitaux, il n'est question d'eux que dans un seul des treize cas sur lesquels porte notre analyse. Ce cas est celui qui a été publié par M. Dany; le malade, dit ce médecin, *portait sans cesse la main aux testicules, bien que ces organes ne présentassent aucune trace de souffrance* (2).

Dans tout ce que nous venons de dire, il n'a encore été fait mention que des cas dans lesquels un des lobes latéraux du cervelet était seul ramolli. Etudions maintenant les cas dans lesquels le ramollissement a frappé la totalité du cervelet. Trois cas de ce genre, à notre connaissance, ont été seulement publiés. Voici ce qu'ils ont présenté de particulier.

Dans l'un de ces trois cas, publié par le docteur Ménard (3), l'individu, qui était un enfant âgé de 14 mois, fut pris d'accès épilepliformes, au milieu desquels il succomba. Pendant la durée de sa maladie, on observa que le pénis était dans un état de demi-érection. Le cervelet était ramolli et diffluent à sa base, à droite comme à gauche. Mais le même ramollissement avait frappé la partie supérieure de la moelle épinière.

Dans le second cas, rapporté par le docteur Cafford (4),

(1) Lallemand, lettre 2, p. 134.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Revue médicale*, tom. I, p. 388.
(4) *Archives générales de médecine*, tom. XXII, p. 133.

on observa un délire érotique, et le phénomène de l'érection. L'auteur de cette observation dit, sans plus de détail, que la substance grise du cervelet était partout ramollie. Etait-ce seulement la substance grise extérieure ?

Enfin, dans le troisième cas, publié par le docteur Petiet (1), des phénomènes tout différens eurent lieu. Le malade présentait une singulière tendance à reculer; lorsqu'il était assis, il ne se levait qu'avec beaucoup de peine; une fois qu'il était debout, le premier mouvement de ses pieds avait lieu sur les parties latérales, sans sortir du point où il était. Pour changer de place, il portait les pieds de devant en arrière; il assurait qu'une puissance irrésistible le forçait à marcher à reculons. Dans ce cas, la lésion du cervelet était beaucoup plus considérable que dans les deux précédens; il était transformé, *en totalité*, en une bouillie blanchâtre, où l'on ne découvrait plus aucune trace d'organisation.

Il nous reste à parler d'un autre cas : c'est celui où le ramollissement n'a pour siége que le lobe médian du cervelet. Nous ne connaissons qu'un cas de ce genre; il a été rapporté par Dance (2); et encore, dans ce cas, le ramollissement qui occupait la moitié droite de l'éminence vermiculaire supérieure, avait aussi envahi la portion correspondante du mésocéphale; il n'y eût, dans ce cas, aucun symptôme spécial; le malade mourut dans un état apoplectique.

Ainsi, les désordres fonctionnels auxquels donne lieu le ramollissement du cervelet, varient en raison de l'étendue plus ou moins grande de ce ramollissement, et de la diversité même des points qu'il affecte.

---

(1) *Journal de physiologie expérimentale*, etc., tom. VI.

(2) *Mémoire sur l'hydrocéphale aiguë, dans les Archives de médecine*, janvier 1830.

Section troisième.

OBSERVATIONS SUR DES PRODUITS ACCIDENTELS DÉVELOPPÉS DANS LE CERVELET.

Ire OBSERVATION.

Kyste rempli de pus au centre de l'hémisphère gauche du cervelet. Douleur au bas de l'occiput. Paralysie avec contracture des membres droits. Convulsions par intervalles. Intelligence libre.

Une fille, âgée de 19 ans, était paralysée de tout le côté droit du corps, lorsqu'elle fut admise à l'hôpital Cochin, dont nous faisions momentanément le service. Le membre supérieur, frappé de paralysie, était en même temps fortement contracturé, et la malade y éprouvait de temps en temps de vives douleurs. Elle ressentait aussi, vers la partie supérieure de la nuque, des élancemens très pénibles, qui revenaient comme des espèces d'attaques. Dans leur intervalle, elle éprouvait vers la même partie une douleur sourde, qui lui semblait diminuer lorsqu'elle inclinait la tête en avant et un peu à gauche; aussi conservait-elle habituellement cette position. Elle nous dit qu'elle avait commencé d'abord par souffrir de la partie postérieure de la tête, et qu'un peu plus tard seulement ses membres droits avaient perdu la faculté de se mouvoir. Tout cela remontait à cinq semaines environ. L'intelligence était parfaitement nette.

Peu de temps après l'admission de cette fille à l'hôpital, les douleurs de l'occiput et de la région postérieure du cou devinrent de plus en plus vives, et bientôt il s'y joignit des mouvemens convulsifs. Ces mouvemens commençaient toujours par une forte agitation de la tête, qui se portait en arrière comme dans une variété du tétanos. Il y avait des jours où les convulsions se bornaient là; mais d'autres fois elles devenaient générales, et presque tous les muscles du corps en étaient le siége. Au milieu de ces accès la connaissance se conservait.

Cependant les convulsions augmentèrent progressivement et de fréquence et d'intensité; elles s'étendirent aux muscles respirateurs, et la malade mourut dans une sorte d'asphyxie. Pendant les derniers jours de sa vie, elle eut plusieurs vomissemens.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'hémisphère gauche du cervelet était occupé, à quelques lignes au-dessous de sa face supérieure, par un kyste du volume d'un œuf de poule, rempli d'un pus verdâtre; les parois de ce kyste, constituées par une sorte de tissu cellulo-fibreux, avaient environ une ligne d'épaisseur. Autour de lui, le tissu nerveux était sain. Aucune autre altération n'existait dans l'axe cérébro-spinal.

Nous ne trouvâmes rien de particulier à noter dans les organes du thorax et de l'abdomen. La surface interne de l'estomac était généralement blanche, et la membrane muqueuse qui les revêt avait sa consistance normale.

Ce cas d'abcès enkysté du cervelet se rapproche beaucoup,

par ses symptômes, des cas de ramollissemens cérébelleux rapportés plus haut. Nous retrouvons ici, en effet, et la douleur occipitale et la paralysie, dont le siége est toujours opposé à celui de la lésion. Comme dans plusieurs de ces cas de ramollissemens, l'intelligence reste intacte. Mais il y a de plus ici un phénomène prédominant : ce sont les convulsions, dont l'intensité toujours croissante amène la mort. Les vomissemens qui survinrent dans les derniers temps n'étaient liés à aucune altération de l'estomac ; comme les convulsions, de la nature desquelles ils participaient, ils étaient le résultat du trouble de l'innervation.

Cet abcès se forma d'ailleurs lentement ; il ne succéda à aucune maladie aiguë, et il ne reconnut pour cause aucune violence extérieure.

Essayons maintenant de rapprocher de ce cas particulier quelques autres cas d'abcès du cervelet, publiés par divers observateurs.

Les cas de ce genre que nous avons pu rassembler se trouvent être au nombre de onze (1). Dans huit de ces cas, l'abcès occupait un des lobes latéraux du cervelet ; dans deux

(1) Borsieri, *Institut, medic. practic.*, tom. III, p. 15. —*Id.*, *ibid.* p. 16. —Abercrombie, *Recherches sur les maladies de l'encéphale*, traduct. de Gendrin, p. 51.—*Id.*, *ibid.*, p. 153. — Un cas recueilli à la clinique du professeur Dupuytren, dans les *Archives de méd.*, tom. XXVI, p. 62. — Gall, *Traité des fonctions du cerveau*, tom. III, p. 314, édit. in-8. — Parent-Duchâtelet et Martinet, *Traité de l'arachnitis*, p. 456 (observation de M. Récamier).—Laugier, *Journal de médecine militaire*, t. VIII, —Lallemand, 4e lettres sur les *Maladies de l'encéphale*. — Rennes, *Archives d médecine*, tom. XVII, p. 218. — Dance, *Mém. sur l'hydrocéphale aiguë*, 1 c. cit.

autres, la suppuration avait envahi les deux lobes; et dans un seul cas, c'était le lobe médian qui en était le siége.

L'analyse de ces onze cas et du nôtre donne les résultats suivans.

L'intelligence n'a été troublée dans aucun cas, si ce n'est quelquefois tout-à-fait à la fin; et encore est-il dit, dans plusieurs observations, que les malades meurent avec toute leur connaissance. Chez l'individu qui fait le sujet d'une des observations d'Abercrombie, on remarqua à la vérité une somnolence continuelle; mais on pouvait facilement en tirer le malade, et alors il jouissait de toute son intelligence.

Le mouvement est resté intact dans six cas. Dans cinq d'entre eux, un des lobes latéraux du cervelet était le siége de l'abcès; dans le sixième, c'était le lobe médian. (Obs. de Douglas, citée par Borsieri.)

La paralysie a eu lieu dans trois cas, mais avec des circonstances particulières dans chacun d'eux.

Ainsi, dans le cas que nous avons ci-dessus rapporté, il y avait une hémiplégie avec contracture du côté opposé au lobe cérébelleux malade.

Dans un autre cas, que Borsieri a cité d'après Plancus, il y avait encore hémiplégie, mais du même côté que l'abcès du cervelet (1). Ce cas fonderait la deuxième exception que

(1) Dextrum cerebelli lobum abscessu magnam partem corruptum vidit Cel. Lanus Plancus Ariminensis in nobili puero, qui a suppresso puris ex aure ejusdem lateris fluxu, cui à primis usque annis obnoxius fuit, inciderat in acerrinam cephalalgiam cum febre continuâ acutâ, ex quâ intrà breve temporis spatium mortem oppetiit. Febris pluries intrà diem exacerbatur, et horrifica erat, sic ut hemitritœo similis videretur. Accedebat subindè aphonia et trismus, sed brevi adibat loquendi potestas. Tandem

nous rencontrons à la loi de l'influence croisée des hémisphères cérébelleux : la première exception, ainsi qu'on peut se le rappeler, nous a été fournie par une observation de M. Rostan, que nous avons citée plus haut.

Enfin, dans un troisième cas, qui a été observé par M. Larrey, la paralysie eut d'abord pour siége les deux membres inférieurs ; et plus tard elle devint générale. Dans ce cas, la suppuration avait envahi à la fois les deux lobes du cervelet.

Des convulsions ont eu lieu dans deux cas ; l'un de ces cas est celui qui a été recueilli par nous ; l'autre, observé par M. Récamier, ressemble beaucoup au nôtre. L'individu dont il a rapporté l'histoire était pris de fréquens mouvemens convulsifs, qui duraient environ un quart-d'heure, en commençant toujours par les muscles du cou. Dans ces accès, tout le corps était agité, et la tête se renversait en arrière. Un kyste du volume d'un œuf de poule, rempli de pus, occupait le lobe gauche du cervelet, près de sa face supérieure ; autour de ce kyste, le tissu du cervelet était sain.

Un affaiblissement progressif fut le seul phénomène qu'on remarqua du côté du mouvement dans le cas rapporté par Laugier ; il y avait, dans ce cas, un abcès dans le lobe gauche du cervelet.

Une altération plus remarquable du mouvement est notée dans l'observation de M. Lallemand. Le malade chancelait sur ses jambes, et manquait souvent de tomber en avant. Dans ce cas, le seul qui tende à confirmer l'opinion des physiologistes qui font du cervelet l'organe de la coordina-

paralysi non oppositi, ut moris est, sed ejusdem lateris correptus, sensibusque orbatus, fato cessit.

tion des mouvemens, le cervelet était transformé, dans sa totalité, en une poche pleine de pus.

Pour compléter le tableau des différens désordres du mouvement qui eurent lieu dans les douze cas d'abcès du cervelet dont nous faisons l'analyse, disons que, dans le cas de Plancus déjà cité, il y eut un trismus très prononcé, et que dans un des cas d'Abercrombie, où l'abcès n'occupait qu'un des lobes du cervelet, on remarqua du strabisme.

Tels sont les troubles divers qu'a offerts le mouvement dans ces douze cas; voyons maintenant quels furent les troubles du sentiment.

Dans un seul cas (c'est celui que nous avons nous-même observé), les membres, mais seulement ceux qui étaient paralysés, furent le siége de vives douleurs. Dans aucun autre cas, la sensibilité générale n'a été altérée.

Dans neuf cas, il a existé de la douleur à la tête; et, dans tous, elle a été remarquable par son intensité; tantôt elle a été continue, tantôt elle s'est montrée sous forme d'accès. Quatre fois le siége de cette douleur n'a pas été déterminé; trois fois elle a occupé l'occipital; deux fois le frontal et l'occipital, tour-à-tour dans un cas, simultanément dans l'autre; une fois, enfin, elle n'a eu pour siége que la partie antérieure de la tête.

Dans un seul cas il y a eu cécité; c'est chez l'individu observé par Gall, et dont les deux lobes du cervelet étaient en suppuration. Mais, remarquez que Gall ajoute que la commissure des deux lobes du cervelet (le pont de Varole) était notablement atrophiée, et d'une couleur jaunâtre. Or, l'état morbide de cette partie n'avait-il pas entraîné celui de la cinquième paire de nerfs?

Dans près de la moitié des cas, dans cinq, on a observé

soit des nausées, soit des vomissemens. Ces phénomènes n'étaient point une simple complication, ils étaient certainement liés à l'affection du cervelet.

Les fonctions génitales n'ont présenté quelque chose de particulier que dans un seul cas. C'est celui rapporté par Gall, dans lequel la suppuration avait envahi les deux lobes du cervelet. L'individu qui fait le sujet de cette observation était un garçon de 13 ans, qui se livrait avec fureur à l'onanisme.

Parmi ces douze cas, il en est dans lesquels la maladie a offert le début et la marche des inflammations aiguës; il en est d'autres dans lesquels, au contraire, la suppuration s'est établie sourdement, sans qu'à aucune époque on ait observé les symptômes d'une affection aiguë. Dans ce second cas, la durée de la maladie a été quelquefois très longue.

La mort a eu lieu de plusieurs manières : tantôt elle a été la suite d'une sorte d'extinction graduelle; tantôt elle est survenue au milieu d'un état comateux; d'autres fois elle a été causée par la gêne de la respiration; une fois, le malade est mort subitement, lorsque, depuis cinq jours, il n'avait encore offert autre chose que de la céphalalgie et des vomissemens (1).

IIe OBSERVATION.

Masse tuberculeuse dans le lobe gauche du cervelet. Céphalalgie; hémiplégie gauche; cécité, intelligence conservée.

Un passementier, âgé de 29 ans, se présenta à nous, à la

(1) Abercrombie, *loc. cit.*

consultation du bureau central des hôpitaux, dans l'état suivant.

Affaiblissement tel de la vue qu'il peut à peine distinguer le jour de la nuit, et cependant assez forte contraction des deux pupilles; conservation de la sensibilité ordinaire de la face; douleur dans toute la tête, mais plus vive vers la région occipitale; hémiplégie gauche complète, sans contracture, sans modification de la sensibilité des membres paralysés. Rien de remarquable dans les mouvemens de la langue, qui se tire droite et avec facilité; perception ordinaire des saveurs et des odeurs; intelligence parfaitement bien conservée. Du côté des organes de la vie de nutrition, tout est normal, excepté vers la respiration; le malade tousse en effet souvent; il a habituellement un peu de dyspnée; il est pâle et maigre; il est sujet à avoir du dévoiement.

Nous fîmes entrer ce malade à l'hôpital de la Charité, où nous l'observâmes. Pendant quinze jours, il ne nous offre rien de nouveau; il a seulement, pendant cet intervalle, une diarrhée à laquelle nous opposons deux applications de sangsues à l'anus. Il nous raconte, avec une grande présence d'esprit, que depuis trois ans environ il éprouve une céphalalgie des plus pénibles, intermittente d'abord, et devenue plus tard continuelle; il ajoute que, dans cet espace de temps, il a perdu graduellement la faculté de voir et le mouvement des membres gauches; de plus, il y a deux ans environ, il est resté frappé pendant trois mois d'une insensibilité complète de toute la partie gauche de la face; alors il ne trouvait plus de goût aux alimens, et la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur de la joue gauche lui semblait séparée, comme par un linge (c'était son expression), des objets qu'il mettait en contact avec elle. Il ne sait point si, à cette époque, l'o-

dorat a été modifié. Il a toujours continué à entendre également des deux oreilles.

Après être resté une quinzaine de jours à l'hôpital dans l'état que nous venons d'indiquer, ce jeune homme fut pris tout à coup des symptômes d'une péritonite aiguë, qui l'emporta en moins de trois jours.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Pâleur générale des méninges. Rien de remarquable dans les hémisphères cérébraux. Etat normal des nerfs optiques, suivis depuis leurs divers points d'origine jusqu'à leur insertion dans le globe de l'œil. L'examen de celui-ci n'y fait découvrir aucune lésion. Les différens nerfs qui se détachent de la base de l'encéphale, et en particulier les deux nerfs de la cinquième paire, n'offrent rien à noter. Les tubercules quadrijumeaux sont à l'état sain, ainsi que le mésocéphale, le bulbe rachidien et la moelle épinière, examinée jusqu'au milieu de la région dorsale.

Nous n'avons plus à examiner que le cervelet, et c'est là qu'est la lésion. Vu extérieurement, le lobe droit de cet organe n'a plus sa forme accoutumée; il est comme bosselé, et ses lames n'ont plus ni leur direction ni leurs rapports ordinaires; plusieurs sont effacées. A peine avons-nous pénétré à quelques lignes de profondeur que, dans la moitié interne de ce lobe, et dans toute sa hauteur, nous trouvons, au lieu du tissu qui doit le former, une matière dure, d'un blanc jaunâtre, qui a tous les caractères de la matière tuberculeuse; en aucun point elle n'est ramollie. Les différens prolongemens qui unissent le lobe droit du cervelet aux autres parties des centres nerveux sont restés à l'état sain. L'autre lobe ne présente aucune altération.

Thorax. Quelques tubercules miliaires sont disséminés dans les deux poumons ; ils en occupent spécialement le sommet.

Abdomen. Le péritoine est rempli d'un liquide purulent ; des fausses membranes molles font déjà adhérer entre elles les anses intestinales. Un assez grand nombre de petits corps blancs soulèvent la membrane muqueuse de l'ilium, et ressemblent à autant de tubercules. Vers la fin de cet intestin, on trouve trois petites ulcérations, dont l'une, percée dans le fond, a établi une communication entre l'intérieur du canal intestinal et le péritoine ; de là la péritonite.

La rate contient aussi quelques tubercules, et l'on en retrouve également dans les ganglions bronchiques.

Une douleur dont le siége principal est en rapport avec celui de la lésion, une paralysie qui a lieu du côté du corps opposé à celle-ci, la perte de la vue, tels sont les symptômes qui accompagnent ici le développement de la matière tuberculeuse dans un des lobes latéraux du cervelet. Ce sont les mêmes symptômes que ceux auxquels ont déjà donné lieu les différentes affections du cervelet précédemment étudiées. Seulement, ils se développent ici d'une manière très lente, et ils ont une durée beaucoup plus longue. Au milieu de tout ce désordre, l'intelligence reste libre.

Il y eut une époque, dans cette maladie, où des symptômes d'un autre ordre apparurent : nous voulons parler de cette perte singulière de la sensibilité qui, pendant trois mois, frappa le côté gauche de la face, et qui s'accompagna de l'abolition complète du sens du goût. La cinquième paire de nerfs fut-elle alors affectée d'une manière intercurrente?

Il y avait d'ailleurs chez cet individu des tubercules en bien d'autres points que dans le cervelet. Ceux que contenait le poumon confirment la loi posée par M. Louis.

Cette péritonite, inopinément produite par une perforation de l'estomac, à une époque où si peu d'ulcérations existaient encore dans l'intestin, n'est pas une des circonstances les moins intéressantes de cette observation.

IIIe OBSERVATION.

Plusieurs tubercules dans le lobe droit du cervelet. Céphalalgie occipitale ; vomissemens. Phthisie pulmonaire.

Un commissionnaire, âgé de 23 ans, entra à la Charité, avec les symptômes ordinaires d'une phthisie pulmonaire déjà assez avancée. De plus, ce jeune homme était tourmenté depuis plus d'un an par une douleur fixe, qui avait son siége à l'occiput, et plus particulièrement vers la partie droite de cet os. Cette douleur, habituellement obtuse, devenait très vive par intervalles. En outre, le malade, depuis quelques mois, était tourmenté par des vomissemens qui se répétaient fréquemment. Ces vomissemens ne manquaient jamais de survenir, toutes les fois que la céphalalgie s'exaspérait, et ils revenaient aussi sans cette circonstance. Le malade conservait cependant assez d'appétit; il n'avait aucune douleur à l'épigastre; la langue avait son aspect naturel; il y avait de la diarrhée, comme chez la plupart des phthisiques. Du reste, le mouvement ne présentait aucune altération.

Cet homme succomba aux progrès de sa phthisie, sans avoir offert de nouveaux symptômes du côté des centres nerveux.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les hémisphères cérébraux étaient sains, ainsi que les membranes qui les enveloppent. Mais dans le lobe droit du cervelet existaient cinq tubercules, dont trois avaient le volume d'un pois ordinaire, un autre celui d'une noisette, et un autre celui d'une châtaigne au moins. Aucun de ces tubercules n'était ramolli : entre eux, le tissu du cervelet était sain : deux de ces tubercules étaient situés tout près de la face supérieure de l'organe, et les autres s'étaient développés dans le centre même du lobe cérébelleux.

Thorax. Cavernes et nombreux tubercules dans les deux poumons ; cœur sain.

Abdomen. Estomac sain ; ulcérations dans les intestins.

Bien différente de la précédente, cette observation nous montre un exemple de tubercules du cervelet annoncés par bien peu de symptômes. La douleur de tête est le seul accident, dont l'existence ancienne et constante annonça une lésion de l'encéphale ; le mouvement resta parfaitement intact. Quant aux vomissemens, ils nous semblent aussi devoir se rattacher à l'affection du cervelet. D'une part, en effet, aucune lésion de l'estomac ne nous en rendit compte, et d'autre part nous avons vu ce même accident survenir dans plusieurs autres cas de maladies de l'encéphale en général, et du cervelet en particulier. Nous avons même vu des cas dans lesquels, soit pendant toute la durée de la maladie, soit dans quelques-unes de ses périodes, le vomissement avait été le seul phénomène que nous ayons pu rattacher à l'affection

cérébrale ; de telle sorte que celle-ci, laissant intactes les différentes fonctions de la vie de relation, ne s'en prenait en quelque sorte qu'à l'estomac dont elle troublait l'action. Cette circonstance avait tellement frappé le docteur Abercrombie, que dans son *Traité des maladies du cerveau* il a rangé dans une classe spéciale un certain nombre d'affections cérébrales de nature très différente, mais qui toutes se rapprochent en ce que les symptômes prédominans auxquels elles donnent naissance existent du côté des voies digestives.

Il est enfin des cas où ces symptômes se taisent aussi, où la céphalalgie elle-même ne se montre pas, et dans lesquels on découvre dans le cervelet des tubercules plus ou moins nombreux, sans que pendant la vie aucun trouble ait jamais existé du côté des centres nerveux : de semblables cas ne sont pas rares surtout chez les enfans. Ainsi nous retrouvons dans nos notes un cas recueilli par nous à l'hôpital des Enfans, relatif à un garçon de 10 ans qui mourut d'une phthisie pulmonaire ; il n'avait jamais présenté de symptôme du côté du cerveau ; cependant le lobe gauche du cervelet contenait quatre tubercules ; trois d'entre eux ne surpassaient pas le volume d'un noyau de cerise ; le quatrième, existant à la partie postérieure externe de la circonférence de ce lobe, avait le volume d'une grosse noix. Autour de lui, des adhérences intimes unissaient l'arachnoïde qui revêt la dure-mère à celle qui tapisse le cerveau : aucun de ces tubercules n'était ramolli ; autour d'eux le tissu du cervelet était sain.

A propos de ces cas, en citerons-nous un autre qui nous paraît bien digne de remarque, et dans lequel on n'observa non plus aucun symptôme du côté des centres nerveux ; bien qu'un point important de ces centres fût le siége d'une dégénération cancéreuse des plus marquées.

L'individu qui fait le sujet de cette observation, recueillie par nous à la Pitié pendant l'été de 1831, était une femme, âgée de 40 ans, qui mourut d'un cancer de l'utérus, sans avoir jamais présenté autre chose que les symptômes ordinaires à cette affection; le col seul de la matrice était cancéreux. La portion de la moelle allongée qui constitue la paroi antérieure du quatrième ventricule, et qui forme la partie postérieure de la grande commissure du cervelet, immédiatement en arrière des tubercules quadrijumeaux, et jusqu'à l'extrémité antérieure des corps rétiformes, était transformée en un tissu lardacé semblable à celui qui occupait le col utérin : nulle part ailleurs il n'y avait de cancer.

IVe OBSERVATION.

Sensibilité singulière de la peau du tronc et des membres. Paralysie d'un des côtés de la face. Deux masses tuberculeuses, dont l'une dans le lobe gauche du cervelet, et l'autre dans le canal vertébral. Phthisie pulmonaire.

Un apprenti menuisier, âgé de 17 ans, présentait tous les signes d'une phthisie pulmonaire, lorsqu'il fut reçu à la Charité. De plus, il offrait quelques phénomènes qui annonçaient une lésion grave du système nerveux : ces phénomènes étaient les suivans :

La tête restait habituellement renversée en arrière; on pouvait toutefois la ramener facilement en avant; mais bientôt, si on l'abandonnait à elle-même, elle reprenait sa première position. Les membres avaient conservé toute la liberté de leurs mouvemens; les sens étaient intacts; mais dès qu'on touchait un point quelconque de la peau, soit des

membres, soit du tronc, il éprouvait, nous assurait-il, une sensation très pénible; tous les mouvemens des bras et des jambes étaient accompagnés d'une certaine douleur que le malade comparait à celle qu'on éprouve, lorsqu'on est très fatigué. Tout le côté gauche de la face était frappé de la plus complète immobilité; de ce côté, aucun mouvement ne pouvait être imprimé, ni à la joue, ni au sourcil, ni à la peau du front, et la commissure droite des lèvres était fortement tirée en haut. L'œil gauche, toujours ouvert, ne pouvait pas se fermer par la volonté du malade; il en était résulté une rougeur de la conjonctive de ce côté et un larmoiement assez considérable : ces divers accidens existaient depuis plusieurs mois dans tout le côté paralysé; la sensibilité était conservée.

Ce malade succomba aux progrès de sa phthisie pulmonaire, sans avoir présenté aucun nouveau phénomène du côté du système nerveux.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré d'une certaine quantité de sérosité limpide; cette même sérosité remplissait les ventricules, mais sans y être toutefois assez abondante pour les distendre. Les hémisphères cérébraux étaient sains; le lobe gauche du cervelet était occupé, non loin de son bord externe, et à distance à peu près égale de ses faces supérieure et inférieure, par un tubercule non ramolli, qui avait environ le volume d'une noisette : nous n'en trouvâmes aucun autre dans le reste du cervelet. Mais au niveau de la première et de la seconde vertèbres cervicales, la moelle épinière était séparée des lames des vertèbres par une masse tuberculeuse développée dans les méninges, et

pas assez considérable, toutefois, pour que la moelle fût notablement comprimée par elle.

Les poumons contenaient de nombreux tubercules à tous les degrés. Les intestins étaient ulcérés, et de la matière tuberculeuse remplissait les ganglions mésentériques.

Voilà encore un cas dans lequel le petit tubercule, développé dans le cervelet, resta complètement latent. Il n'y avait, en effet, que deux symptômes qui annonçassent la souffrance du système nerveux : le premier était la paralysie faciale; et le second, l'hypérestésie cutanée, accompagnée de douleurs dans les contractions musculaires : or, la paralysie du côté gauche de la face ne nous paraît point avoir été causée par l'altération du cervelet, mais bien par une affection de la portion dure de la septième paire de nerfs. Peut-être y avait-il aussi un tubercule qui, développé dans le canal osseux où ce nerf est renfermé, avait exercé sur lui un certain degré de compression.

Quant à l'exagération de sensibilité présentée par la peau du tronc et des membres, avec production de douleur pendant que les muscles de ces membres se contractaient, il nous semble douteux que ce phénomène dépendît de la lésion du cervelet. Nous n'ignorons pas qu'on a cité quelques cas dans lesquels les altérations de cet organe avaient été suivies d'accidens semblables. Ainsi, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, le professeur Boyer cite, d'après Petit de Namur, un cas dans lequel le lobe gauche du cervelet avait été traversé par une balle; toute la peau avait contracté une sensibilité des plus vives; il semblait au malade qu'on le piquait ou qu'on le brûlait, pour peu qu'on le touchât : mais nous

n'avons retrouvé rien de semblable dans une foule d'autres cas où le cervelet était lésé des façons les plus différentes, et dans les endroits les plus divers. Ici, d'ailleurs, existait une autre lésion qui, selon nous, était beaucoup plus vraisemblablement la cause de cette exaltation singulière de la sensibilité ; c'était cette masse tuberculeuse développée entre l'extrémité supérieure de la moelle et la paroi postérieure du canal osseux qui la renferme : c'était donc la face postérieure de la moelle qui était en contact avec ce produit morbide, c'est-à-dire la partie de cet organe que les expérimentations de M. Magendie autorisent à regarder comme l'agent spécial de la sensibilité. Que si la masse tuberculeuse se fût accrue, un moment serait arrivé où elle aurait comprimé la moelle au lieu de l'irriter par son simple contact ; et alors la sensibilité, d'abord exaltée, se fût abolie. Que si le produit accidentel se fût encore développé davantage, les faisceaux antérieurs de la moelle eussent à leur tour été lésés, et divers troubles du mouvement eussent alors pris naissance.

Ve OBSERVATION.

Kyste rempli de concrétions ossiformes dans le lobe droit du cervelet.

Une petite fille, âgée de 20 mois, ne présenta d'autre symptôme, pendant son séjour à l'hôpital des Enfans, où nous l'observâmes, qu'un mouvement continuel de la tête, par lequel cette partie se balançait sans cesse de droite à gauche, et de gauche à droite. Cette enfant paraissait d'ailleurs avoir l'intelligence des enfans de son âge ; elle voyait bien, et ses membres se remuaient avec facilité. Sa figure

était pâle ; elle ne semblait point souffrir ; elle fut prise d'une abondante diarrhée par laquelle elle succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le lobe droit du cervelet était occupé à son centre par un kyste du volume d'une noisette, qui contenait un grand nombre de petites concrétions de forme irrégulière, et véritablement dures comme du tissu osseux ; elles ressemblaient assez bien à des esquilles : elles étaient plongées au milieu d'un liquide comme gélatineux. Autour d'elles la substance nerveuse avait subi un léger ramollissement.

Plusieurs des circonvolutions de la convexité des hémisphères cérébraux étaient notablement indurées.

La singulière altération, dont cette observation offre un exemple, a été rencontrée une autre fois dans les corps striés par le docteur Avisard. Voici du moins ce qu'on lit dans le tome 75 de la *Bibliothèque médicale.*

Chez un porteur d'eau, âgé de 57 ans, on trouva dans les deux corps striés une trentaine de pétrifications, du volume d'un grain de millet à celui d'un pois : aucune autre altération n'existait dans les centres nerveux. Le malade, après avoir éprouvé pendant deux ans des crampes très douloureuses dans les mollets, fut atteint de mouvemens spasmodiques violens et de convulsions dans les quatre membres. Après que ces accidens se furent montrés à plusieurs reprises pendant quelques jours, la respiration devint stertoreuse, et le malade succomba à la manière des apoplectiques.

Les observateurs ont rapporté un assez grand nombre de cas relatifs à des tumeurs de diverse nature développées dans le cervelet ou autour de lui, et qui, dans l'un comme dans l'autre cas, devaient exercer une influence sur les fonctions de cet organe, soit qu'il fût irrité, comprimé ou désorganisé par elles (1).

Nous avons trouvé épars ; dans divers ouvrages, trente-un cas de ce genre assez bien décrits pour qu'on puisse en tirer quelque parti (2). Dans tous ces cas, les tumeurs formées

---

(1) Ces diverses tumeurs, quelle que fût leur étendue, n'ont jamais complètement fait disparaître la substance du cervelet. Nous ne connaissons qu'un seul cas publié par le docteur Combette, en 1831, dans lequel on ait constaté une absence complète du cervelet, et en même temps de ses pédoncules et de la protubérance annulaire. A la place de ces parties, existait une poche remplie d'un liquide gélatineux.

L'individu qui fait le sujet de cette intéressante observation, mourut dans sa onzième année. Son accroissement avait été tardif : jusqu'à la fin de sa vie, son intelligence ne fut que très peu développée ; elle était loin cependant d'être idiote, et elle répondait avec justesse aux questions qu'on lui adressait. Elle jouissait de tous ses sens, et la sensibilité générale n'avait subi aucune altération. Les membres étaient très faibles ; cependant elle pouvait marcher, mais elle se laissait souvent tomber. On sut qu'elle se livrait à la masturbation. Elle mourut d'une entérite.

(2) Morgagni, *Epist.* LXII, § 15. — Gall. *loc. cit.*, tom. III, p. 341.— Abercrombie, *loc. cit.*, traduction de Gendrin, p. 485.—*Id.*, *ibid.*, pag. 505.—*Id.*, *ibid.*, p. 506.—Naase, cité par Abercrombie, *ibid.*, p. 480. —Planque, *Biblioth.*, tom. III, p. 348.—Chalmers, *Medical and physical journal*, London, july, 1826.—Serres, *Anatomie du cerveau*, tom. II, p. 602. — *Edimburg*, *Journal of medical sciences*, janvier 1827. — Thion. *Archives de médecine*, tom. XIII, p. 288. — Rennes, *ibid.*, tom. XVII, p. 218.—Vingtrinier, *ibid.*, tom. V, p. 89.—Velpeau, *ibid.*, tom. VII. — Guersent, faits cités par M. Ollivier, *Traité de la moelle épinière et de ses*

dans le cervelet ou dans ses membranes sont, tantôt des kystes qui contiennent des substances solides ou liquides de nature très variable, tantôt des masses fibreuses, tantôt des produits tuberculeux ou cancéreux.

Rapprochons ces trente-un cas des quatre que nous venons de relater, et d'un autre que nous avons rapporté, pag. 5 de ce volume, et recherchons quels sont, dans ces trente-six cas, les désordres fonctionnels qui ont eu lieu.

Dans la très grande majorité de ces cas, l'intelligence s'est conservée intacte pendant tout le cours de la maladie; assez souvent seulement, peu de jours avant la mort, l'on a observé un état comateux; tantôt on a pu l'expliquer par une forte injection de toute la masse encéphalique, ou par l'existence dans les ventricules d'une grande quantité de sérosité; tantôt on n'a trouvé aucune lésion qui pût en rendre compte; dans ce dernier cas, il est probable qu'il arrive un instant où, soit par son plus grand développement, soit par le seul

---

maladies, tom. II, p. 752. — Mérat, *Journal de médecine*, rédigé par Boyer, Corvisart et Leroux, tom. II. — Gaudet, cité par M. Léveillé dans sa *Thèse* sur les *Tubercules du cerveau*, année 1824, n° 2.—Bernard, observation citée, *ibid.*—Léveillé, *ibid.*, p. 29. —Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, p. 151. — Léveillé, observ. de M. Sorlin, *Thèse sur les tubercules du cerveau*, p. 36.—Boyer. *Traité des maladies chirurgicales*, observat. de Lapeyronnie, tom. V, p. 78.—Bayle, *Revue médicale*, 1824, tom. II (observat. du docteur Rousset). —Dance, *Mémoires sur l'hydrocéphale aiguë*, *Archiv.*, janvier 1830. — Cardot, *Thèse*, 1831, n° 14. — Parent et Martinet, *Traité de l'arachnitis*, p. 451 (observ. de M. Deslandes).—Godefroi, *Mémoires de médecine militaire*, tom. XXII.— Bertin, *Éphémérides de Montpellier*, tom. I, p. 443.—Dubreuil, *ibid.*, p. 453. —Montaut, *Journal univers. et hebdomadaire*, tom. VII, p. 164. — Guérard, cité par M. Montaut dans *ibid.*

fait de son existence prolongée, l'affection du cervelet va retentir dans le reste de l'encéphale, et en trouble gravement les fonctions ; car il y a certainement un consensus d'action entre toutes les parties de l'encéphale, et l'une d'elles ne peut être long-temps altérée, sans que les autres ne finissent par s'en ressentir.

Sept malades seulement, sur trente-six, ont offert, longtemps avant la mort, un désordre marqué du côté de l'intelligence.

L'un de ces malades était idiot depuis sa naissance ; c'était une fille, âgée de 35 ans. M. Vingtrinier, chirurgien adjoint des prisons de Rouen, qui a décrit ce cas avec beaucoup de soin, n'a trouvé aucune lésion dans les hémisphères cérébraux. Le lobe droit du cervelet était comprimé par une tumeur qui avait pris naissance dans la fosse occipitale : cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, en même temps qu'elle soulevait le cervelet, appuyait sur plusieurs sinus, ainsi que sur le golfe de la veine jugulaire, et elle avait pénétré dans les cellules mastoïdiennes. On pourrait supposer ici que l'idiotisme a été causé par la gêne de la circulation cérébrale ; mais est-il probable que la tumeur dont nous venons de parler existât depuis la naissance ? Or, c'est de cette époque que datait l'absence de l'intelligence. Il n'est donc pas vraisemblable que, dans ce cas, les lésions trouvées dans le crâne aient été la cause de l'idiotisme.

Un autre malade, dont l'observation a été recueillie par le docteur Roussel, présenta une perte, d'abord passagère, puis constante de la mémoire des mots. Il existait chez cet individu une tumeur encéphaloïde au centre du lobe droit du cervelet, plus près de la face inférieure que de la supérieure :

une grande quantité de sérosité distendait en outre les ventricules latéraux.

Nous retrouvons les mêmes lésions, si ce n'est que c'est un tubercule, au lieu d'un cancer, chez un autre individu observé par M. Rochoux, et qui offrit une perte complète de la mémoire et du jugement. Un tubercule, gros comme une noix, dit M. Rochoux, occupait le lobe gauche du cervelet, et les ventricules contenaient quatre onces de sérosité.

Chez trois autres malades, on a noté un affaiblissement général de l'intelligence. Chez l'un d'eux, observé par Dance, le lobe droit du cervelet était comprimé par une tumeur qui appartenait à la dure-mère; de la sérosité dilatait les ventricules. Chez le second, dont M. Velpeau a rapporté l'histoire, une masse encéphaloïde avait envahi la partie postérieure et inférieure du cervelet (on ne dit pas si c'est d'un seul côté ou des deux), ainsi que le bulbe rachidien. Chez la troisième enfin, qui a été vu par M. Guérard, un tubercule d'un pouce et demi de diamètre s'était développé à la face supérieure du cervelet sur la ligne médiane.

Enfin, chez un septième malade, dont M. Gaudet a recueilli l'histoire, du délire eut lieu. Mais ce délire, qui fut de courte durée, dépendait-il des tubercules que l'on trouva dans le lobe gauche du cervelet? n'était-il pas plutôt le résultat de l'injection vive dont on constata l'existence dans la pie-mère de la base du cerveau?

Tels sont les seuls cas dans lesquels l'intelligence ait présenté quelque trouble notable. Les désordres du mouvement se sont montrés bien plus fréquemment, ainsi qu'on va le voir.

Sur nos trente-six cas, en effet, il n'y en a que huit dans lesquels le mouvement n'ait été en aucune façon troublé.

Parmi ces huit cas, il y en a six dans lesquels un seul des lobes latéraux du cervelet était occupé par des masses tuberculeuses ou cancéreuses, ou par des kystes de diverses natures. Dans le septième cas, les deux lobes du cervelet paraissaient être à la fois comprimés par une tumeur qui avait pris naissance dans la dure-mère (Abercrombie). Enfin, dans le huitième cas l'absence de lésion du mouvement est d'autant plus étonnante qu'en même temps que le cervelet était dégénéré en cancer à sa partie postérieure et inférieure, le bulbe rachidien avait aussi subi la dégénération encéphaloïde (Velpeau, *loc. cit.*)

Il reste donc vingt-huit cas sur trente-six, dans lesquels différens désordres du mouvement ont été observés. Ces désordres sont loin d'avoir toujours été de la même nature : nous allons les passer en revue.

La paralysie complète ou incomplète a été observée quinze fois.

Dans ce nombre, on ne trouve que quatre sujets qui aient eu une hémiplégie ; elle avait lieu du côté opposé à la lésion du cervelet dans trois cas, et dans un quatrième, les deux lobes étaient malades.

La paralysie a été observée aussi quatre fois. Dans ces quatre cas, le cervelet était comprimé ou désorganisé, soit dans ses deux lobes latéraux à la fois, soit dans son lobe médian ; dans l'un de ces cas, le bulbe rachidien participait à l'altération du cervelet (cas cités par Morgagni, et MM. Dubreuil, Guérard, Montaut). Il est remarquable que dans ces quatre cas la paralysie ait spécialement porté sur les membres inférieurs, tandis que les supérieurs jouissaient de toute la liberté de leurs mouvemens, ou bien n'avaient subi qu'un

affaiblissement toujours moins considérable que les inférieurs (1).

Deux malades ont présenté une paralysie, ou du moins une faiblesse considérable des quatre membres (cas cités par MM. Léveillé et Ollivier). Chez l'un d'eux, une masse tuberculeuse développée à la base du crâne comprimait à la fois le cervelet et la moelle épinière; chez d'autres, les deux lobes latéraux du cervelet contenaient également des tubercules; mais ils étaient deux fois plus volumineux dans le lobe droit que dans le lobe gauche, et la faiblesse des membres était plus considérable à gauche qu'à droite, de telle sorte que ce cas de paralysie générale peut encore servir à prouver l'influence croisée des lobes cérébelleux.

La paralysie de la face, que nous avons rencontrée une fois dans un des cas qui nous appartiennent, isolée de toute autre paralysie, coïncidait avec l'existence de deux masses tuberculeuses, l'une développée dans le lobe gauche du cervelet, et l'autre à la face postérieure de la moelle épinière. Déjà nous avons émis l'opinion que, dans ce cas, la paralysie de la face ne dépendait pas vraisemblablement de ces lésions. (*Voyez* les réflexions placées à la suite de la quatrième observation.)

Il reste enfin quatre malades, desquels il n'est dit rien autre chose sous le rapport du mouvement, si ce n'est qu'ils *s'affaiblirent graduellement*. Chez ces quatre malades, le

---

(1) Voici en particulier comment s'exprime Morgagni à cet égard : Nec, quamvis artus inferiores essent, quod ad motum attinet, resoluti; superiores, aut aliæ ullæ corporis partes ejusdem modi affectione tentabantur (*loc. cit.*).

siége de l'altération n'est pas le même : chez l'un, des tubercules existent dans le lobe droit du cervelet, et une grande quantité de sérosité distend les ventricules latéraux (cas cité par M. Bertin de Montpellier). Chez un autre, les deux lobes cérébelleux sont occupés par des tubercules (cas observé par le docteur Rennes). Chez un troisième, le bulbe rachidien était comprimé en même temps que le lobe droit du cervelet, par des masses tuberculeuses (cas rapporté dans la *Thèse* de M. Léveillé). Chez le quatrième enfin, des tubercules existaient à la fois dans le lobe gauche du cervelet, et dans chaque lobule postérieur des hémisphères cérébraux (cas cité par Abercrombie, d'après le docteur Chalmers).

Des contractions involontaires, portant sur un nombre plus ou moins considérable de muscles, ont été observées plus souvent encore que la paralysie : nous avons trouvé, en effet, vingt-deux cas dans lesquels ces contractions ont existé. Dans quinze de ces vingt-deux cas, tout le corps était agité, par intervalles, de mouvemens convulsifs, qui se rapprochaient de plus en plus, et c'était souvent au milieu de violentes convulsions que les individus succombaient. Les uns, et c'était le plus grand nombre, conservaient leur connaissance pendant la durée de leurs convulsions; d'autres la perdaient subitement, et ils présentaient les symptômes qui caractérisent un accès d'épilepsie. Chez ces malades, la lésion occupait des siéges divers, tantôt bornée à un seul lobe du cervelet, tantôt s'étendant aux deux, tantôt occupant aussi le bulbe rachidien.

Dans quelques autres cas, un seul membre était agité de mouvemens convulsifs; c'était, par exemple, dans une de nos observations, le bras du côté opposé à celui où s'était développée la tumeur qui comprimait un des lobes latéraux du

cervelet. Chez d'autres individus, quelques muscles, et spécialement ceux qui meuvent la tête, le cou, ou le globe de l'œil étaient en contraction permanente ; de là, le strabisme, le mouvement de la tête en arrière, son inclinaison latérale, la raideur de la région cervicale ; de là, dans un autre cas, la contracture des deux membres supérieurs. Dans tous ces cas, d'ailleurs, même diversité de lésions que dans les précédens.

Les mouvemens de la langue ont été gênés dans deux cas seulement (obs. de MM. Sorlin et Dubreuil), et dans tous deux, il résulte du siége de la lésion que le nerf de la neuvième paire devait être comprimé ou désorganisé par la tumeur qui pressait sur le cervelet ; ainsi ce n'est point la lésion de celui-ci qui, dans ces deux cas, avait exercé une influence sur les mouvemens de la langue.

D'autres modifications du mouvement ont consisté, chez quelques individus, dans une sorte d'incertitude et de défaut de coordination de l'action musculaire, d'où résultaient, soit une démarche chancelante, mal assurée, semblable à celle d'un homme ivre, soit une tendance singulière à tomber en avant : dans ce dernier cas se trouvait un individu dont Gall a rapporté l'histoire, et dont le cervelet était comprimé par une tumeur développée dans la dure-mère. Dans les autres cas, la lésion avait un siége divers, dans l'un occupant le lobe médian (obs. de M. Guérard), dans l'autre un des lobes latéraux, et spécialement sa partie inférieure (obs. de M. Bayle).

Rapporterons-nous au kyste que contenait un des lobes du cervelet ce singulier balancement de la tête que nous a offert l'enfant qui fait le sujet de notre cinquième observation ? Mais n'oublions pas que, chez cet enfant, il y avait en

même temps un état d'induration d'un certain nombre de circonvolutions cérébrales.

Enfin, ferons-nous dépendre des tubercules développés dans le lobe gauche du cervelet, l'agitation générale qui précéda, chez l'individu observé par M. Gaudet, l'état comateux au milieu duquel il succomba? il nous est permis d'en douter. C'était plutôt là un des signes de la méningite, dont l'existence fut révélée par l'ouverture du corps.

Dans les trente-six cas que nous analysons, la sensibilité n'a pas présenté des troubles moins variés que la motilité.

D'abord dans vingt-six de ces trente-six cas, la tête a été le siége d'une douleur quelquefois obtuse, plus souvent vive et parfois assez intense pour produire des convulsions, et amener la mort au milieu d'une de ces exacerbations. Continue dans plusieurs cas, elle était intermittente dans d'autres, et parfois elle revenait d'une manière périodique comme un accès de fièvre. Chez le plus grand nombre des sujets, elle se faisait sentir à la région occipitale; chez quelques-uns, cependant, elle occupait d'autres parties de la tête, ou bien elle était générale. Plus d'une fois, elle s'est montrée seule pendant très long-temps, avant l'apparition d'aucun autre symptôme. Les cas dans lesquels cette céphalalgie a manqué, ne nous ont paru différer de ceux où elle s'est rencontrée ni par le siége de la lésion, ni par sa nature, ni par son étendue. C'est donc, jusqu'à plus ample informé, aux dispositions individuelles qu'il faut avoir recours pour expliquer l'absence de la céphalalgie dans un cas qui est pourtant semblable à un autre dans lequel elle existe.

La sensibilité générale n'a présenté aucun trouble dans le plus grand nombre des cas; quelquefois cependant elle a of-

fert une exaltation remarquable, tandis qu'ailleurs elle a été complètement abolie.

Les cas dans lesquels on a observé l'exaltation de la sensibilité et sa transformation en douleur, sont seulement au nombre de quatre.

Dans l'un de ces cas, qui fait le sujet de notre quatrième observation, il nous paraît douteux que l'exaltation de la sensibilité ait dépendu de la masse tuberculeuse que contenait un des lobes du cervelet, et nous avons déjà essayé de prouver qu'elle était due plus vraisemblablement à la stimulation qu'imprimait aux faisceaux postérieur de la moelle épininière la masse tuberculeuse développée entre elle et les lames des vertèbres.

Dans un autre cas, recueilli par le docteur Sorlin, et consigné dans la *Thèse* de M. Léveillé (*loc. cit.*), la même tumeur, qui soulevait le lobe droit du cervelet, était aussi en contact avec la partie supérieure de la moelle épinière, de telle sorte que ce que nous avons dit du cas précédent peut s'appliquer à celui-ci. Dans ce cas d'ailleurs la sensibilité cutanée était exaltée à un tel point que le plus léger contact exercé sur la peau devenait tout à coup la cause d'une sensation des plus pénibles. Plus tard, la face devint aussi à plusieurs reprises le siége de vives douleurs.

Un troisième cas, dans lequel des douleurs intenses frappaient également les membres, rentre dans les deux précédens. Dans ce cas, en effet, on voit encore une masse encéphaloïde développée à la fois et dans le cervelet, et à la face postérieure de la moelle (Olivier, *loc. cit.*). C'est donc toujours à celle-ci que le symptôme que nous étudions peut être rapporté.

Dans le quatrième cas dont nous avons à nous occuper, rapporté par M. Bayle (*loc. cit.*), la même explication ne peut plus être donnée; car, dans ce cas, il n'y a autre chose qu'une tumeur encéphaloïde qui occupe le centre du lobe droit du cervelet; et, à une certaine époque de la maladie, le bras droit est le siége de crampes et de fourmillemens. Mais par cela seul que ces symptômes se montrent du même côté que la lésion du cervelet, n'est-ce pas une forte raison de penser qu'ils ne dépendaient point de cette lésion? quelle en était donc la cause? Une modification passagère de la substance nerveuse, que ne révéla pas l'autopsie.

Dans quelques cas, une insensibilité générale a été observée; mais c'était vers la fin de la maladie, lorsque déjà existait un coma plus ou moins profond; c'est là une terminaison ordinaire du plus grand nombre des affections cérébrales; elle ne saurait servir à en caractériser aucune; c'est l'indice commun de la période de collapsus à laquelle arrive l'encéphale, après qu'il a passé par les excitations les plus diverses.

Toutefois, parmi les cas où nous trouvons, comme phénomène prédominant, une abolition de la sensibilité, il en est un où cette abolition s'est montrée à une époque encore éloignée de la terminaison fatale, et qui mérite que nous nous y arrêtions quelques instans.

Dans ce cas, publié par le professeur Dubrueil (*loc. cit.*), l'insensibilité était partielle : elle n'avait frappé que la peau de la face et les conjonctives. Mais cette anesthésie, ainsi limitée, dépendait-elle de la lésion du cervelet? Pas plus, selon nous, que n'en dépendait la paralysie bornée à la face dont nous avons parlé plus haut. Cette paralysie, nous avons présumé qu'elle pouvait être le produit d'une maladie de la portion dure de la septième paire : ici l'espèce d'insensibilité,

signalée par M. Dubrueil, est tout-à-fait celle que l'on observe dans les cas d'affection des nefs de la cinquième paire : et effectivement, ces nerfs étaient altérés. Ils étaient comprimés à leur origine par la même tumeur qui pressait sur le cervelet et sur le bulbe rachidien.

Ce n'est pas seulement la sensibilité générale qui a été modifiée chez quelques-uns de nos trente-six malades : parfois aussi les organes des sens spéciaux ont été affectés. Ainsi chez un individu l'on a observé un certain degré de surdité, et chez six la vue a été ou complètement abolie, ou singulièrement affaiblie.

Dans le seul cas où un commencement de surdité ait été constaté, on a trouvé un kyste développé entre l'arachnoïde et la pie-mère, vers la partie inférieure et postérieure du lobe gauche du cervelet (Deslandes, *loc. cit.*). Il ne faudrait pas se hâter d'affirmer que, dans ce cas, la surdité dépendît de la compression à laquelle le cervelet aurait été soumis. Il serait possible que ce kyste eût aussi comprimé à son origine la portion molle de la septième paire.

Quant aux six cas d'amaurose soit complète, soit incomplète, ils méritent une attention sérieuse ; car déjà, dans d'autres espèces d'affections du cervelet, nous avons retrouvé cette amaurose au nombre des phénomènes qui ont plus d'une fois coïncidé avec elles.

Dans cinq de ces six cas (observations citées de MM. Vingtrinier, Bertin, Naase, Abercrombie, et une des nôtres) il n'y avait d'altération appréciable que dans le cervelet. Dans quatre de ces cas, un seul lobe était affecté ; dans le cinquième, rapporté par Abercrombie, le vague des expressions peut faire douter si l'altération ne portait que sur un lobe ou sur les deux. Dans ces cinq cas, nous voyons le cervelet être in-

différemment affecté tantôt du côté de sa face supérieure, tantôt vers l'inférieure, tantôt à son centre. Dans l'observation qui nous appartient, et où la cécité était complète, une masse tuberculeuse occupait dans toute sa hauteur la moitié interne du lobe gauche du cervelet. Ainsi, dans tout cela, nous ne trouvons pas que la perte de la vue puisse s'expliquer par la circonscription de la maladie dans un point du cervelet qui soit toujours le même. Ce seraient ici les même conjectures à reproduire que celles que nous avons déjà émises à propos du même fait.

Dans le sixième cas, dont il nous reste à parler, le cervelet n'était plus la seule partie affectée ; le bulbe rachidien l'était également, ainsi que la cinquième paire de nerfs. C'est le cas de M. Dubrueil, que nous avons déjà cité, où il y avait aussi insensibilité de la peau, de la face et des conjonctives.

Parmi les organes de la vie de nutrition, l'estomac est le seul qui ait présenté un phénomène digne de remarque, en raison de sa fréquente reproduction ; ce phénomène est le vomissement ; douze fois, en effet, sur trente-six, il a été observé. Lorsqu'il a eu lieu, il était le plus ordinairement un des symptômes prédominans de la maladie ; et, dans quelques cas, il était beaucoup plus prononcé que les désordres mêmes de la vie de relation ; notre observation III fournit un exemple remarquable de cette dernière circonstance. Chez quelques individus, les vomissemens étaient rares, remplacés par des nausées continuelles; tel était ce malade, dont parle Gall, et qui sans cesse avait une tendance à tomber en avant, comme s'il voyait un précipice à ses pieds.

Etudiez maintenant ces douze cas sous le rapport de la nature et du siége de l'affection du cervelet, et sous ce double rapport, vous n'y trouverez rien de différent que dans les vingt-

quatre autres cas, où il n'y a eu ni vomissemens, ni nausées. Du reste, à priori, nous ne devions pas nous attendre à trouver cette spécialité de nature et de siége ; car dans tout ce volume, à propos des lésions les plus diverses, de celles des méninges comme de celles de la pulpe nerveuse elle-même, nous avons vu le vomissement se montrer comme un effet commun d'une foule d'affections de l'encéphale. Est-ce à dire que, lorsqu'il se produit, le cerveau est dans les mêmes conditions que lorsqu'il n'a pas lieu? Non, sans doute, car on ne peut comprendre un effet différent qu'à raison d'une cause différente elle-même : mais ces conditions, nous ne les connaissons pas ; elles nous échappent comme se sont aussi, jusqu'à présent, dérobés à nos recherches ces changemens intimes d'organisation qui, venant se joindre à des lésions indentiques, en rendent les effets si variables. Certainement ici l'inconstance des effets ne peut tenir qu'à la variété des causes. Il y a en quelque sorte à les demander, ces causes, à chaque fibre cérébrale, d'abord isolément étudiée et suivie ensuite dans ses rapports avec d'autres. C'est, en effet, sous ce double point de vue que nous semble devoir être étudiée la pathologie du cerveau, comme sa physiologie. C'est, d'une part, un grand tout composé d'une foule de parties, dont chacune accomplit un acte spécial; mais, d'une autre part, ces diverses parties ont des rapports intimes les unes avec les autres, de telle sorte qu'elles sont mutuellement solidaires, si je puis m'exprimer ainsi. Il suit de là que, dans le point où l'on découvre une lésion, ne réside pas toujours la cause directe des effets qu'elle produit, et, suivant qu'elle retentit sur tel ou tel autre point spécialement destiné à l'accomplissement d'un certain acte, c'est celui-ci qui se trouvera modifié. Si donc il arrivait qu'on parvînt à découvrir dans l'en-

céphale un certain nombre de parties dont les lésions entraînassent toujours le désordre du même acte cérébral, on ne serait pas, ce nous semble, en droit d'objecter à la doctrine de la localisation, qu'il est aussi d'autres cas où ce même désordre fonctionnel s'est reproduit, bien que la lésion fût ailleurs. Nous venons de répondre à cette objection.

Dans les trente-six cas que nous analysons, il n'est questions que trois fois de l'appareil génital. Dans un de ces cas, on observa une érection permanente du pénis pendant tout le temps que le malade fut suivi. Il y avait dans ce cas une compression exercée à la fois par une masse tuberculeuse et sur le lobe droit du cervelet, et sur le bulbe rachidien (observation du docteur Sorlin, consignée dans la *Thèse* de M. Léveillé). Dans le second cas, l'individu se masturbait; plusieurs tubercules existaient à la partie supérieure du cervelet (Serres, *loc. cit.*) Était-ce des deux côtés ou d'un seul? on ne le dit pas. Enfin, dans le troisième cas relatif à un individu que l'observation représente comme étant très porté pour les femmes, une masse tuberculeuse occupait toute l'épaisseur du lobe médian (Montaut, *loc. cit.*)

Les faits que nous avons rassemblés dans ce troisième livre sont à notre connaissance, les seuls un peu complets que possède la science sur les maladies du cervelet. Ces faits, au nombre de quatre-vingt-treize, ne sont pour nous que de simples matériaux qui ne suffisent point encore pour construire l'édifice. Notre unique but a été de poser pour celui-ci quelques premières pierres. Nous avons voulu apprécier la valeur de ces

faits, et marquer de quelle utilité il peuvent être pour infirmer ou confirmer les différentes opinions qui ont été émises dans ces derniers temps soit sur les fonctions mêmes du cervelet, soit sur les symptômes auxquels il donne naissance, lorsqu'il est altéré dans son organisation, soit enfin sur les signes qui ont été donnés pour distinguer les maladies du cervelet de celles du cerveau.

FIN.

TABLE

DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE.

